علم النفس العيادى

(الإكلينيكى)

التشخيص النفسى

العلاج النفسى

الإرشاد النفسى

دكتورة

زينب محمود شقير

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة طنطا



علم النفس العيادى

(الإكلينيكى)

التشخيص النفسى
العلاج النفسى
الإرشاد النفسى

دكتورة

زينب محمود شقير

استاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة طنطا

بسم الله الرحمن الرحيم

قال رسول الله صلي الله عليه وسلم

"من سلك طريقاً يلتمس فيه

علماً سهل الله له

طريقا إلي الجنة".

صدق رسول الله صلي الله عليه وسلم

تقديم

تتضح القيمة النظرية والتطبيقية لهذا الكتاب لما يتضمنه محتواه العلمي من جوانب ثلاث ، التشخيص النفسي ، وعلم النفس الإكلينيكي ، والإرشاد النفسي ، والعلاج النفسي.

فهو يقدم مادة علمية وتطبيقية صريحة وواضحة تفيد كل من يهمه هذا المجال العيادي سواء الأب والأم ، أو المعلم أو الأخصائي الإكلينيكي ، أو الأخصائي الاجتماعي وأخيراً المعالج النفسي ، فهو يعد المرشد والدليل الذي يستند عليه كل من هو مسئول عن تربية النشيء تربية سوية ، وأيضا عن كل من هو مسئول عن الإرشاد أو التوجيه أو العلاج لبعض الحالات المضطربة. فهو يساعد في تحديد الأدوات والأسس المتنوعة لتشخيص الحالة تشخيصا دقيقا ، ثم ينتقل بالمسئول لاختيار وتحديد ما يجب تقديمه للحالة بعد تشخيصها ، ما إذا كانت تحتاج للتوجيه أو للإرشاد النفسي أو للعلاج النفسي ، وكذلك يساعد في تحديد نوع العلاج النفسي الملائم للحالات الحرجة. إضافة لما يقدمه الكتاب من خصائص وملامح وسمات كل من يود العمل في المجال لتشخيصي أو الإرشادي أو العلاجي.

ويتلخص محتوي الكتاب في الأبواب الأربعة الآتية:-

الباب الأول: يتناول علم النفس الإكلينيكي. وينقسم إلي خمسة فصول تحدد تعريف علم النفس الإكلينيكي والتشخيص النفسي ، ومعايير ، ومسلمات المنهج الإكلينيكي ، كما تحدد مجالات عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي وخصائصه مع استعراض لأهم المقاييس الإسقاطية والسيكومترية ، ثم

ينتقل إلي تحديد أهم أدوات الأخصائي النفسي الإكلينيكي المتنوعة ، ويختتم الباب ببعض التطبيقات الإكلينيكية لاستخدام المنهج الإكلينيكي في مجال التشخيص النفسي للعديد من الفئات الكلينيكية المتنوعة علي الصعيدين العربي والأجنبي.

الباب الثاني بعنوان: الإرشاد النفسي وتطبيقاته ويتضمن هذا الباب فصلين عن تعريف الإرشاد النفسي ومجالاته وأنواعه وفنياته ، ويحدد فئة العاملين في مجال الإرشاد النفسي وتحديد المهام الوظيفية لكل منهم. ويختتم الباب بأهم مجالات استخدام الإرشاد النفسي في الحياة.

الباب الثالث بعنوان: العلاج النفسي.

وينقسم إلي ستة فصول علي النحو التالي:-

الفصل الأول: يتناول تعريف العلاج النفسي ، وأهدافه وخطواته ، وخصائص كل من المعالج النفسي والمريض النفسي.

الفصل الثاني: يتناول أهم طرق العلاج النفسي القديمة كالتنويم المغناطيسي ، والعلاج الروحي.

الفصلان الثالث والرابع: يتناولان نماذج من طرق العلاج النفسي الحديثة كالتحليل النفسي ، والعلاج السلوكي ، والعلاج المعرفي السلوكي ، والعلاج العقلاني الانفعالي ، والعلاج النفسي المتمركز حول العميل ، والعلاج الجشطلتي ، والعلاج بالمعني ، والعلاج النفسي الجماعي.

الفصل الخامس: يتناول أهم الطرق المساعدة في العلاج النفسي: كالعلاج بالعمل ، والعلاج باللعب ، والعلاج الاجتماعي (البيىء) والأسري والعلاج بالفن ، والعلاج عن طريق العون ... الخ.

الفصل السادس: يتناول أهم التطبيقات الإكلينيكية لأنواع العلاج النفسي المختلفة في علاج الحالات العديدة ذوات الاضطرابات النفسية المتنوعة ، علي الصعيدين العربي والأجنبي.

الباب الرابع بعنوان: التشخيص النفسي والإرشادي النفسي والعلاج النفسي لذوي الحاجات الخاصة ، ويتضمن فصلين:

الفصل الأول: يتناول كيفية تشخيص ذوي الحاجات الخاصة وأهم الصعوبات التي تواجه تشخيصهم ، واتجاهات الإرشاد النفسي في تعليمهم ، مع تقديم وصفا لوسائل التأهيل المهني للمعوقين ، وكيفية الإرشاد النفسي لأسرة الطفل غير العادي.

أما الفصل الثاني: فيضم نماذج لأساليب إرشاد ورعاية وعلاج ذوي الحاجات الخاصة وهم: فئة المعوقين سمعيا ، والمكفوفين ، والمعوقين ذهنيا.

أدعو الله أن يكون قد وفقني في تقديم هذا المحصول العلمي الذي يفيد الأب والأم والطالب والمعلم والطفل والمجتمع.

وبالله التوفيق

المؤلفة

الأستاذة الدكتورة

زينب محمود شقير

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

كلية التربية – جامعة طنطا

أكتوبر –٢٠٠٠ م

الباب الأول

علم النفس الإكلينيكى



الفصـــــل الأول

- -تطور نشأه علم النفس الإكلينيكي وتعريفه.
- -موضوع علم النفس الإكلينيكي.
- -علاقة علم النفس الإكلينيكي بغيره من العلوم الأخرى.
- -مميزات علم النفس الإكلينيكي .
- -الأخصائي النفسي.

تطور نشأة علم النفس الإكلينيكي وتعريفه:

إن علم النفس الإكلينيكي هو أحد فروع علم النفس الذي أصبح ميدانا منظما من ميادين العلم ، وذلك منذ أن بدء يأخذ بالمنهج العلمي في البحث والدراسة ، وبدأ يكون لهذا العلم وسائله وأدواته الخاصة التي يستعين بها في الملاحظة والقياس ، وهذه الوسائل والأدوات والطرق الفنية قد مكنت علم النفس الإكلينيكي من أن يتميز عن كافة ميادين علم النفس والعلوم الأخرى.

وقد ارتكز علم النفس الإكلينيكي في تقدمه الحديث على اتجاهين أساسيين هما : نمو تنظيمات العيادات الإكلينيكية ، والثاني هو اكتمال أدوات القياس ، والتي بدونها لم يكن ليحدث ذلك التقدم الهائل في مجال علم النفس الإكلينيكي .

إن كلمة كلينيكى مشتقة من كلمة كلينيكوس اليونانية والتي تعنى بجوار سرير المريض ، ثم تطورت لتعنى كافة أوجه العلاج الطبي ، وكلمة كلينى تعنى الفراش ، ثم اتسع معناها حتى أصبحت تشير إلى الفن في العلاج الذي ينحصر في الاستجواب ، والفحص واستجواب المريض ، وإجراء التشخيص وتحديد العلاج اللازم لذلك .

وأخيراً اتفق أن كلمة إكلينيكي امتد استخدامها إلى دراسة الفرد كفرد ، أي فحص وعلاج المريض كفرد على أساس أعراضه ، وليس على أساس أن هذا المريض مثال لحالة من الحالات التي تصفها المراجع ، والمنهج المستخدم في الدراسة هو المنهج الإكلينيكي (لويس مليكه ، فيصل خير الزراد).

ويرى البعض أن علم النفس الإكلينيكي يتناول فقط المرضى والشواذ ، في حين أن علم النفس الإكلينيكي بالمعنى الواسع هو ميدان

تطبيق المبادئ النفسية التي تهتم أساسا بالتوافق السيكولوجي للأفراد ، ويتضمن التوافق السيكولوجي ومشكلات السعادة لدى الفرد ، كما يتضمن علاقته بالآخرين ، ومطالب المجتمع الأكبر الذي يعيش فيه وأهدافه وعاداته (عطية هنا).

ونجد أن عطوف ياسين يعبر تعبيراً صريحاً بأن علم النفس الإكلينيكي ميدانا حديثا معاصراً ، وقد نما هذا الميدان في السبعينات والثمانينات نموا مدهشاً في شتى أنحاء العالم وذلك كما يقول روتر مدير برامج التدريب الإكلينيكي.

ويتصدى علم النفس الإكلينيكي لمشكلة التوافق الإنساني بهدف مساعدة الإنسان ليعيش حياة أقل قلقا وأفضل توافقا وأكثر سعادة واطمئنانا.

ويرى المؤرخون عن تطور علم النفس الإكلينيكي أن الاتجاهات المتعددة التي سار بها العلماء لتطوير هذا العلم تبلورت في اتجاهين رئيسيين هما:-

١-المدرسة القياسية.

٢-المدرسة الديناميكية.

فقد اهتمت مدرسة القياس بمبدأ الفروق الفردية واستخدمت الملاحظة والقياس ومن أشهر علمائها بينيه وتيرمان وكاتل وثورنديك .

فقد استخدمت الاختبارات النفسية لإجراء دراسات مقارنة بين العاديين وضعاف العقول ، واتجه معظم السيكولوجيين الإكلينيكيين قبل الحرب العالمية الثانية نحو علاج مشكلات الأطفال والعيادات المحلية ومؤسسات المعوقين وضعاف العقول ومراكز الأحداث و إعداد الاختبارات التي تقيس القدرة العقلية والتحصيل المدرسي والاستعدادات.

وبرز الاهتمام في اختبارات الشخصية بين الراشدين في مستشفيات الأمراض العقلية في أواخر الثلاثينات وبداية الأربعينات.

ثم حدثت تغيرات معاصرة في الميدان الإكلينيكي وساهمت تيارات متعددة في نمو وارتقاء الميدان الكلينيكي مثل: الطب النفسي – علم النفس التعليمي – مدرسة الجشطلت – مدرسة الذات – ظهور العيادات النفسية – ظهور الاختبارات وانتشارها.

وقد أشار العالم آبت إلى عدة إنجازات حاضرة لعلم النفس الإكلينيكي وما تزال في حالة الارتقاء كتطلعات مستقبلية لابد من استكمالها وحدد هذه الاتجاهات:

١-أن علم النفس الإكلينيكي بدأ يتجه لوضع مفاهيمه وفروضه في صورة قابلة للاختبار والفحص متمشيا مع أدق الأساليب المنهجية العلمية.

٢-بدأ علم النفس الإكلينيكي والمختصون فيه يدركون بأنه لابد أن يتكامل هذا الميدان بالتفاعل مع غيره من العلوم بالذات مع كافة فروع علم النفس وميادينه (منهجيا ونظريا) وبذلك يضمن لنفسه النمو والاستمرار والتطور.

٣-أن علم النفس الإكلينيكي يحاول التوجه حاضرا ومستقبلا نحو الاتجاه (الكمي) بالاعتماد على الاختبارات والقياس بجانب الوسائل التشخيصية الأخرى.

٤-أصبح علم النفس الإكلينيكي أكثر اهتماماً بالتنبؤ Prediction .

٥-لم يعد ميدان علم النفس الإكلينيكي محصورا في دراسة غير الأسوياء فقط و إنما أصبح مهتما أيضا (بنمو الأسوياء) وتطوير مواهبهم وفى دراسات المجال.

٦-أصبح علم النفس الإكلينيكي أكثر اعتمادا على الميادين والعلوم الأخرى وعلى وجه التحديد علم النفس الاجتماعي ، علم النفس الفارق ، الانثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية .

٧-بدأ علم النفس الإكلينيكي يهتم بوضع قضايا التحليل النفسي في صورة يمكن إجراء التجارب عليها.

٨-أصبح علم النفس الإكلينيكي يهتم بالأسس النظرية القائمة على البحث والدراسة للعلاج النفسي .

٩-بدأ علم النفس الإكلينيكي يعترف بالتفاعلات المتداخلة والعلاقات بدلا من التفاعلات المسلسلة ، أي أن علم النفس لم يعد يهتم بالظاهرة السلوكية باعتبارها مثيرا ونتيجة فقط ، لكنه أصبح يهتم بعدة مثيرات متفاعلة ونتائجها مجتمعة.

وعن تعريف علم النفس الإكلينيكي عند رواد علم النفس :

مصطفى سويف : هو أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس الحديث ، وهو يعتمد إلى حد كبير على الإفادة من المعلومات والمهارات التي أمكن تحصيلها من جميع فروع علم النفس ، الأساسية والتطبيقية ، بهدف زيادة كفاءة الخدمة الطبية النفسية التي تقدم للمرضى النفسيين في مجالات التشخيص والعلاج والتوجيه والتأهيل وتدابير الوقاية.

لويس مليكة : علم النفس الإكلينيكي هو ذلك الفرع من علم النفس الذي يهتم بمشكلات توافق الشخصية وتعديلها ، وهو علم ومهنة في وقت واحد.

عطوف ياسين: هو ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يتناول بالدراسة والتحليل سلوك الأفراد الذين يختلفون في سلوكهم اختلافا واضحا عن غيرهم من الناس مما يدعو إلى اعتبارهم شواذ أو غير

أسوياء لسبب أو لآخر ، بقصد مساعدتهم للتغلـــب علــى مشــكلاتهم وتحقيق تكيف أفضل لهم .

مصطفى فهمي : هو ذلك الميدان من ميادين علم النفــس الــذي يتناول تشخيص الأمراض النفسية والعقليـــة واضطرابــات الســلوك وعلاجها ، وهو في سبيل تحقيق ذلك يستعين بوسائل وأدوات علميــة ، ويتم عادة هذا التشخيص وذلك التوجيه والعلاج في عيـــادة أو مكــان مشابه مخصص لهذا الغرض.

موضوع علم النفس الإكلينيكي وهدفه:

نظرا لاختلافات وجهات النظر بين الباحثين فـــي مجــال علــم النفس فهناك اختلاف حول ماهية علم النفس الإكلينيكي . من تعريــف علم النفس الإكلينيكي بأنه ذلك الميدان من ميادين علم النفـــس الــذي يعمل على تطبيق المبادئ السيكولوجية للسلوك وخاصة ما يتصل منــها بميدان علم النفس المرضى على الفرد موضوع الدراسة فـــي العيــادة النفسية .

وهذا التعريف يؤكد الوظيفة التطبيقية للســيكولوجي الإكلينيكــي ويؤكد كثير من علماء النفس مثل كاتل وغيره ذلك الجــانب التطبيقــي في ميدان علم النفس الإكلينيكي.

وقد نشر القسم الإكلينيكي في الرابطة الســيكولوجية الأمريكيــة تقريراً له عام ١٩٣٥ ضمنه التعريف التالي لعلم النفــس الإكلينيكــي: يقصد بعلم النفس الإكلينيكي ذلك الجانب من علم النفس التطبيقي الــذي يهدف إلى تحديد خصائص سلوك الفرد وإمكانياته ، وذلك عن طريــق استخدام طرق معينة للقياس والتحليل والملاحظة ، وعلى أساس تكـامل

هذه النتائج مع نتائج الفحوص الجسمية والتاريخ الاجتماعي للحالة ، تقدم اقتراحات وتوصيات تساعد على إحداث التكيف المناسب للفرد.

إلا أن هذا التعريف لم يحدد نوع السلوك موضوع الدراسة والتوجيه أو العلاج .

وعلى ذلك فموضوع علم النفس الإكلينيكي هو : تشخيص الأمراض النفسية والعقلية واضطرابات السلوك وعلاجها باستخدام وسائل وأدوات علمية (مصطفى فهمي).

أهمية ومجالات علم النفس الإكلينيكي:

أصبحت العناية بصحة الأفراد النفسية في المجتمعات مؤشراً على اهتمام حكوماتها بالمواطنين في عصر معقد يسيطر عليه التنافس .

إن الاضطراب النفسي قد تفشي بين الناس في القرن العشرين وأصبح يسيطر على كثير من مظاهر سلوكهم حتى أصبح المحور الذي تدور حوله الأبحاث المختلفة في تحليل كثير من مظاهر سلوكنا الخارجة عن المألوف .

ولقد أشارت كارن هورني بأن أسباب القلق المعاصر نابعة من الحضارة والثقافة والبيئة وأن الإنسان المعاصر يتأثر بها.

كما أن اضطرابات العلاقات الإنسانية تعد ثمرة لهذه النكبات وهى بدورها تؤدى بالإنسان إلى الاغتراب والانعزال الوجداني ، والفقر العاطفي ، والشعور بفراغ الحياة وعدم جدواها وفقدان التوازن النفسي ، وشعور الفرد بالعجز والتهديد .

ومما يزيد في الإنسان الشعور بالقلق والاضطراب الظلم الاجتماعي ، وأساليب التربية الخاطئة ، والتفكك العائلي ، فيقع الفرد فريسة للآلام والكآبة و الإحباط والعصاب .

ويزيد الأمور تعقيداً تلك المهازل التي تجري في الكثير من مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية التي يحتكر فيها الأطباء استعمال الحقن والأدوية لتخدير المرضى بمسكنات مؤقتة ، تولد مضاعفات وعلى الأخص في دول العالم الثالث التي لا تقدر قيمة العلاج النفسي و أخصائييه حتى وقت قريب.

مما سبق نجد أن علم النفس الإكلينيكي يهدف لتطبيق المبادئ السيكولوجية للسلوك وخاصة ما يتصل منها بميدان علم النفس المرضى على الفرد موضوع الدراسة في العيادات النفسية ، فهنا تبرز الوظيفة التطبيقية لعلم النفس الإكلينيكي ويرى العالم شافر والعالم لازاروس بأن الخلاف بين العلماء فى تحديد موضوع علم النفس ومجاله يعود لاختلاف وجهات النظر .

وفى اعتقادنا بأن المجال الموضوعي الجوهري الذي يتناوله علم النفس الإكلينيكي هو تشخيص الأمراض النفسية والعقلية واضطرابات السلوك وعلاجها ، ويستخدم لتحقيق ذلك أدوات ووسائل علمية ، ويتم هذا التشخيص والعلاج في عيادة أو مكان مشابه مخصص لهذا الغرض .

ويحدد مصطفى فهمي ثلاثة مجالات رئيسية لعلم النفس الإكلينيكي هي :-

<u>أولا: الدراسة النظرية وتشمل :</u>

١-دراسة الشخصية :

أ- نظرياتها . ب- عوامل نمو الشخصية .

٢-الأمراض النفسية والعقلية:

أ- ما هو المرض النفسي؟ وما هو المرض العقلي ؟ وما الفرق بينهما؟

ب-تصنيف الأمراض العقلية وتفسيراتها.

جـ - المرض النفسي : أعراضه وتفسيراته.

٣-اضطرابات السلوك .

٤-العلاج النفسي :-

أ- ما هو وما طبيعته ؟

ب- مدارس العلاج النفسي المختلفة .

جـ - الأسس التي تقوم عليها العملية العلاجية .

ثانيا: الدراسة العملية التطبيقية:

ويقصد بهذه الدراسة الطرق الفنية التي يستعين بها السيكولوجي الإكلينيكي في عمليات التشخيص والتوجيه والعلاج النفسي.

وتتضمن الطرق الفنية الأساسية الأساليب التالية:-

١- دراسة الحالة.

٢. دراسة تاريخ الحالة.

٣. المقابلة الإكلينيكية .

٤- الاختبارات التشخيصية.

وعلى الرغم من أن ميدان علم النفس الإكلينيكي يمكن أن يميز فيه هذان الجانبان من الدراسة -النظري والعملي التطبيقي - إلا أنه لا يعني أنهما جانبان منفصلان بل أن كلا منهما يكمل الآخر ، ويزيده عمقا وقوة .

ثالثا: العيادات النفسية :

وتتضمن التنظيم القائم بهذه الهيئة الفنية العاملة وبها إجـــراءات العمل، أخلاقيات العمل (عطوف ياسين).

خلاصة القول فإن أهم ما يسعى إليه علم النفس الإكلينيكي هـــو التشخيص والتنبؤ والعلاج.

العاملون فى ميدان الصحة النفسية :

العمل في ميدان الصحة النفسية يجب أن يكون فى شكل فريـــق يضم :-

- **المعالج النفسي** :Psychotherapist

ويتخرج من أحد أقسام علم النفس ويتخصص في الصحة النفسية والعلاج النفسي . ويجب أن يزود بالقدر الكافي من المعلومات الطبيـــة التي يحتاج إلى معرفتها في العلاج النفسي .ويحصل على درجة عليـــا في تخصص الصحة النفسية والعلاج النفسي (في مصر لا تقل هـــذه الدرجة عن الدكتوراه) . ويختص بالتشخيص والعلاج النفسي .

- **الأخصائي النفسي** :Psychologist

ويتخرج من أحد أقسام علم النفس بالجامعة . ويختص بالقيـــاس النفسي وإجراء الاختبارات ودراسة ســـلوك العميـــل واتجاهـــه العـــام ومساعدة المعالج النفسي .

- **الطبيب النفسي** : Psychiatrist

ويتخرج من كلية الطب ثم يدرس علم النفس وعلاج الأمـــراض النفسية وقد يتخصص في الأمراض النفسية والعصبية . ويـــهتم أكـــثر من غيره بالتشخيص الطبي النفسي وبالعلاج الجسمي والعلاج بالأدوية والعلاج الجراحي .

وعند الحديث عن مجالات علم النفس الإكلينيكي ينبغي الإشارة إلى مجال علم النفس المرضي : فيشير مونتجومرى شابيرو (ترجمه للعربية صفوت فرج) أن الأخصائي النفسي الإكلينيكي يستطيع أن يقول إن مجال علم النفس المرضى يتألف أساسا من الظواهر النفسية التي تتطلب تدخله ، ويبدو أن هذه الظواهر تتسم بواحدة على الأقل من الخصائص الأربع التالية:

أ- أنها مصدر معاناة للشخص ذاته وللمحيطين به ، كأن تأخذ شكل مخاوف أو مشاعر تعاسة .

ب- أن تكون مؤدية إلى عجزه كالمخاوف المرضية وصعوبات الذاكرة .

ج- أن تكون غير متسقة اجتماعيا مع السياق الحضاري المحدد للمريضة .

د- أن تكون متنافرة مع الواقع كالهلاوس والهذيانات.

ثم قسم المؤلف هذه الظواهر إلى عشرة فئات رئيسية هي:

١-مشاعر مرجعية بالغة الشدة ، بمعنى أن تكون مشاعر مرتبطة بعناصر خارج المريض " أنا مكتئب" "أنا أخاف الكلاب".

٢-مشاعر غير مرجعية وبالغة الشدة ، بمعنى أن تكون مشاعر لا علاقة لها بشيء في العالم المحيط بالمريض مثل " أشعر باكتئاب شديد" " أشعر بقلق شديد".

٣-حوافز وحاجات مغالى في تضخيمها أوفى التقليل من شأنها ، مثل حوافز تناول الطعام والجنس والنوم .

٤-معتقدات بالغة القوة عن العالم الخارجي أو عن المريض نفسه ، مثل " لا يوجد مستقبل " أستحق أن أمتع نفسي ".

٥-اختلال في الوظائف المعرفية مثل العجز عن التركيز والعجز عن التذكر .

٦-سلوك غير اجتماعي وغير توافقي ، مثل تكرار إحكام صنابير الغاز، والعجز عن الاهتداء إلى الطريق في الأماكن المألوفة .

٧-سلوك اجتماعي غير توافقي مثل العجز عن الذهاب إلى الحفلات ، أو الصياح في وجوه الناس في الطريق بأقوال لا رابط بينها.

٨- خبرات إدراكية مضطربة مثل الهلاوس ومشاعر انعدام الواقعية .

٩- خبرات جسمية بالغة الشدة مثل التوتر والصداع.

١٠- اختلال الوظائف الحركية ، مثل الخلجات وارتباك الحركة والرعشة.

علاقة علم النفس الإكلينيكي بفروع علم النفس الأخرى:

١-العلاقة بين علم النفس الإكلينيكي وعلم النفس الإرشادي والعلاج النفسي:

هناك تشابه بين وظائف الأخصائي النفسي الكلينيكى و الأخصائي النفسي الإرشادي. في أن كليهما تكون العلاقة شبه شخصية Interpersonal بين الأخصائي والمسترشد وذات أهمية بالغة. كذلك فان العلاقتين ، الكينيكية والإرشادية ، يجب أن لا تثير الإحساس بالخوف لدى المسترشد ، وأن تكون علاقة ثقة ، علاقة سمحة ، ومقبولة من الطرفين ، وبالمثل فان الإرشاد يعتمد على التواصل اللفظي . كذلك فان غالبية الأخصائيين الإرشاديين يستخدمون نوعا من المعالجة غير الموجهة : Non- directive ولو أن الكثير يمزجون بين

ذلك المنهج ومنهج التوجيه . ومن المعروف أن منهج التحليل النفسي هو أقل المناهج ملاءمة للإرشاد النفسي .

وعن أوجه الخلاف بين العلوم الثلاث:-

ربما كان الخلاف الأول هو أن الكلينيكى يهدف إلى تغيير البناء الأساسي للشخصية والمعطيات الشخصية ، بينما يهدف الإرشادي إلى تمكين الفرد من استخدام مصادره الحالية بأكبر كفاءة ممكنة لحل المشاكل . وقد أدخلت جانيت تيلر Tyle مفهوم " العلاج ذو الحد الأدنى من التغير Minimum change therapy لتميز به عملية الإرشاد . فهدفه هو إعاده التوافق في حدود الحد الأدنى من تغير الشخصية دون الدخول في مصادر القلق والصراع.

وبينما يهدف العلاج النفسي إلى تغيير مستوى القلق لدى المسترشد ودفاعته وغيرها من عاداته الاستجابية العامة فإن الإرشاد يساعده على حل المشاكل المعينة ، مثل عادات الاستذكار الضارة ، أو نقص العلاقات الاجتماعية التي قد تعوق قيام المسترشد بوظائفه بكفاءة كذلك يهتم الإرشاد باتخاذ القرارات ووضع الخطط فيما يتعلق بالمسائل التربوية والمهنية وغيرها من مسارات النشاط . وعلى أي حال فان الأخصائي النفسي الإرشادي لا يعطى عادة النصائح أو يخبر المسترشد بما يجب عليه عمله . فمن المتفق عليه الآن أن سلوك مثل هؤلاء فى هذا السبيل يدعم عادات الاعتماد دون أن يسهل نمو الشخصية .

ولما كان الإرشاد النفسي لا يأخذ علي عاتقه إعادة تركيب أو بناء الشخصية أو زيادة استبصار المسترشد بكل صراعاته الانفعالية ، فانه يستغرق وقتا أقصر بكثير من العلاج النفسي . ويجب الإشارة هنا أيضا

إلى أن العلاج غير الموجه يستغرق وقتاً أقصر من العلاج بالتحليل النفسي . والأمر الذي يشبه إلى حد كبير الفرق بين الإرشاد النفسي وعلم النفس الكلينيكى .

وأحد الفروق الأخرى بين علم النفس الكلينيكى والإرشادي هي أن الأول يركز علي نواحي الضعف التي يجب التغلب عليها بينما يركز الثاني على نواحي القوة التي يجب تنميتها فالأخصائي الإرشادي لا يوافق في استخراج نواحي نقص الشخصية و إنما يركز على الاستفادة من المميزات الموجودة لدى المسترشد. فهو يبحث عما هو سوى أو عادى لديه حتى غير الأسوياء منهم أما الكلينيكى- وبالطبع أخصائي الأمراض العقلية فإنه يبحث عن أوجه اللاسواء حتى لدى الأسوياء.

وعلم النفس الإرشادي في تركيزه على النمو الإيجابي والوقاية من سوء التوافق إنما يتفق مع اتجاهات الصحة العقلية . وربما وصل الأمر حين تزيد معرفتنا بأسباب الأمراض العقلية وطرق الوقاية منها أن يزداد الاعتماد على الأخصائي الإرشادي وتظل الحاجة إلى الأخصائي الكلينيكى.

وعلى العكس من العلاج النفسي، فإن الإرشاد النفسي يتطلب إعطاء معلومات حقيقية ، ففي الإرشاد التربوي والمهني يحتاج الفرد إلى معلومات عن متطلبات العمل وفرصه ، والمدارس والمناهج الملائمة والمهارات المطلوبة ... الخ. ومثل هذه المعلومات يجب توفيرها عندما تكون مساعدة للمسترشد على التفكير بواقعية في مشاكله. وقد يصل الأخصائي الإرشادي لهذه المعلومات بنفسه أوقد يحيل المسترشد إلى مصادرها.

ويجب على الأخصائي الإرشادي أن يكون على دراية بأحدث المعلومات ومصادرها في مجال تخصصه.

ولما كان الإرشاد المهني يلعب دورا هاما في معظم المرشدين فان الدراية بعالم العمل يعتبر شيئا ضروريا في تدريب الأخصائيين. والواقع أن وجود مثل هذه البرامج في مناهج الدراسة هو الذي يميز مناهج تدريب الأخصائيين الإرشاديين عن مناهج تدريب الكلينيكيين.

ويرى البعض أن نوع المسترشد يميز أيضا بين الأخصائي الإرشادي والأخصائي الكلينيكى. فمن المسلم به أن الإرشادي يعمل مع أشخاص أقرب إلى السواء. ويعبر (هان) عن هذا الفرق بقوله: أن الأخصائي الإرشادي غالبا ما يتناول أشخاصا يكون مستوى القلق عندهم معوقا لجهودهم دون أن يكون معجزا أو مساعدا على عدم التكامل والانهيار. ومن الطبيعي أن يكون هذا الفارق نسبيا.

ولعل الفارق الأخير بين المجالين يتجلى فيه اعتماد الإرشادي على المناهج الموضوعية والمعايير الامبيريقية أكثر من اعتماد الكلينيكى عليها.

وعلى أى حال فان الكثيرين يرون أن التعاون الوثيق بين الأخصائي الكلينيكى والإرشادي شئ لابد منه أو أنهما غالبا ما يعالجان نفس الفرد.

٢-***علاقة علم النفس الاكلينيكى بالطب:-***

يهتم الطب بدراسة الأمراض الجسمية وتشخيصها وعلاجها ، ونظراً للعلاقة بين ما هو جسمي وما هو نفسي وما أثبتته البحوث من علاقة بين المرض الجسمي وكل من المرض النفسي والعقلي ، فمن

الطبيعي تكوين علاقة وثيقة بين الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي لاشتراكهما في دراسة الأمراض العصابية والذهانية.

٣- علاقة علم النفس الاكلينيكي بالتحليل النفسي:

يهتم التحليل النفسي بالوصول بالحالة إلى الخبرات الطفولية المبكرة ، وأيضا التعمق داخل الحالة لدراسة الصراعات اللاشعورية وتأثيرها على سلوك المريض وحالته المرضية بهدف التشخيص والعلاج ، ومن هنا يلتقي علم النفس الإكلينيكي مع التحليل النفسي من حيث الوظائف الخاصة بكلاهما: التشخيص ، العلاج ، التوجيه ، البحث.

٤- علاقة علم النفس الإكلينيكي بعلم نفس النمو:

يفيد علم النفس الإكلينيكي من علم النفس النمو ، في عديد من الأغراض التي تخدم أهداف هذا العلم مثل تقدير درجة التخلف العام أو النوعي ، وصف السلوك المميز لمراحل النمو النفسي في سنوات العمر المختلفة ، الاستفادة منه في العلاج السلوكي وغير ذلك.

٥- علاقة علم النفس الاكلينيكي بعلم النفس الاجتماعي:-

* يركز علم النفس الاجتماعي على دراسة واستخلاص القوانين التي تحكم تشكيل سلوك الفرد من خلال تفاعلاته مع الآخرين سواء كانوا أفراد أم جماعات مما يفيد علم النفس الإكلينيكي في التقدير أو القياس لمجال التفرقة بين المعايير السيكومترية التي تجمع على أفراد يختبرون في مواقف فردية وبين المعايير التي تجمع على نفس الاختبارات ولكن في مواقف اختبار جمعي مثل اختبار المصفوفات المتدرجة التي يمكن تطبيقها فرديا وجمعيا.

* كما يفيد علم النفس الاجتماعي ذلك العلم من مجموعة الجهود التي بذلت لإقامة نظام للتشخيص يعتمد أساسا على نموذج التفاعل بين الأشخاص ليحل محل النموذج الطبي الذي يستوجبه نظام التشخيص السائد في ميدان الطب النفسي.
* علاوة على ما يستفيده علم النفس الإكلينيكي من علم النفس الاجتماعي من العناية بتعديل بعض المهارات الاجتماعية الذي يؤدى إلى تحسين عدد من المرضى النفسيين بدرجات متفاوتة ، وفي ذلك يستخدم برامج تعديل المهارات الاجتماعية لدى المرضى جميع الدراسات الأكاديمية (في مجال علم النفس الاجتماعي) التي تتركز حول قوانين التفاعل بين الأشخاص لتوضيح الأشكال المعيارية للتفاعل وما تعتمد عليه هذه الأشكال من مهارات اجتماعية دقيقة ، كالالتفات ، والإنصات الجيد ، والتحكم الدقيق في تغيرات الوجه ونبرات الصوت ، وأوضاع الجسم بما يلائم مقتضيات المواقف الاجتماعية المختلفة ويستعينون إلى جانب ذلك بقوانين التعلم الاجتماعي لإحداث التعديلات المطلوبة (مصطفى سويف).

٦- ***علاقة علم النفس الإكلينيكي بالقياس النفسي:-***

* يعتمد عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلى حد كبير على استخدام أدوات القياس المختلفة في مراحل الفحص المختلفة بغرض الوصول إلى تحديد دقيق لمستوى كفاءة الوظائف المختلفة سواء للإسهام في الوصول إلى تشخيص دقيق للاضطراب ، أو للتخطيط للعلاج والتأهيل أو بغرض متابعة الحالة أثناء وبعد علاج معين .

* إمكانية اكتشاف علاقات معينة تدخل في صميم بنية علم النفس الإكلينيكي. مثل وجود ارتباط عكسي جوهري بين القدرة على تركيز الانتباه وبين القلق.
* الامتداد بعدد من المفاهيم التي تعتبرا أساسية في فرع القياس النفسي إلى داخل علم النفس الإكلينيكي ، مثل مفهوم الثبات ومفهوم التجانس ومفهوم أحادية البعد (مصطفى فهمي).

مميزات علم النفس الإكلينيكي:-

من حيث الموضوع : إن موضوع علم النفس الإكلينيكي ، هو الدراسة المركزة العميقة لحالة فردية ، أي دراسة الشخصية في بيئتها ، وعلم النفس الإكلينيكي يمكن أن يمتد بالدراسة أيضا إلى جماعات صغيرة وتدرس علي أنها هي حالة فردية (لاجاش)

من حيث المنهج :- تضطلع الملاحظة بالدور الرئيسي في الدراسة الكلينيكية ، ولكن علم النفس الإكلينيكي يميل بصورة متزايدة إلى أن يأخذ صورة المنهج الإكلينيكي المسلح بالمقاييس المقننة ، حاصرا مع ذلك اهتمامه في الوحدة الكلية لاستجابات كائن بشرى عيانى برمته في اشتباكه بموقف ، ومعنى ذلك أنه يتناول الشخص من حيث هو وحدة كلية حالية وزمنية في موقف .

من حيث الأهداف : **من الزاوية العملية** : أن الشخص كما يقبل الفحص ، فلا بد وان يجد في نفسه ما يدفعه إلى

ذلك ، وبالتالي فهو حامل مشكلة ، ومن هنا تكون الأهداف العملية هي الاستشارة أو العلاج أو إعادة التربية. **ومن الزاوية العملية :** نجد أن الأهداف العملية لا يمكن أن تتحقق آلا بالاستناد إلى معارف عملية سابقة ، فالتشخيص ينحصر في الإمساك بالدلالة الخاصة ، التي تتخذها علاقة الشخص بالبيئة (صلاح مخيمر).

الأخصائي الإكلينيكي

سماته وخصائصه :-

أوجز عطوف ياسين ما أوردته اللجنة الخاصة بالتدريس لعلم النفس الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية وكذلك ما أوضحته قائمة كارل روجرز عن خصائص وسمات الأخصائي الإكلينيكي فيما يلي:-

١-الرغبة في معاونة الآخرين ومساعدتهم.
٢- أن يتمتع الأخصائي الإكلينيكي بقدر عال من الاستبصار.
٣- أن يتمتع بصفة التسامح واحترام وجهات نظر الآخرين.
٤- أن يتمتع بمستوى عال من الضبط الانفعالي والذاتي.
٥- أن يكون على مستوى أكاديمي عال ، ومستوى لائق من الذكاء الاجتماعي.
٦- أن تكون لديه قدرة على المرونة ، والقيادة والإبداع والصبر وحسن الإصغاء.
٧- القدرة العملية والأكاديمية الممتازة.

٨- حب الاستطلاع.

٩- المثابرة.

١٠- المسئولية.

١١- القدرة على ضبط النفس.

١٢- الأساس الثقافي الواسع.

١٣- القدرة على تكوين علاقات طيبة مؤثرة مع الآخرين.

١٤- الأصالة وسعة الحيلة.

١٥- الحساسية لتعقيدات الدوافع.

١٦- احترامه لكل إنسان وتقبله له.

١٧- القدرة على فهم السلوك الإنساني.

١٨- الروح الموضوعية والاتجاه الانفعالي غير المتحيز.

١٩- أن يعرف نفسه ودوافعه وأن يدرك قصوره وعجزه الانفعالي.

٢٠- الاهتمام بعلم النفس عامة وعلم النفس الإكلينيكي خاصة.

إعداد وتدريب الأخصائي الإكلينيكي:-

تهتم الدول المتقدمة بإعداد الأخصائي الإكلينيكي إعدادا مكثفا فى الجانبين النظري والتطبيقي ليواجه أعباء عمله ومسئولياته وقد أوجز عطوف ياسين ما حدده ريتشاردز من أنواع الدراسات التي يحتاجها الأخصائي الإكلينيكي وهى:-

- الدراسات الأساسية العامة.
- الدراسات الفنية التكنيكية للمهارات.
- التطبيقات الإكلينيكية.

ثم أكد على أهمية التدريب الميداني تحت إشراف أطباء وعياديين متخصصين ، وأن يتخذ العمل عادة فكرة الفريق العيادى

الذي يتكون من : الأخصائي الإكلينيكي والطبيب ، والممرضة والأخصائي الاجتماعي ، والمرشد المهني ، وكل من يساهم في عمليات التشخيص والعلاج.

وقد استعرض زين العابدين درويش ما انتهت إليه مجموعة عمل هيئة الصحة العالمية من أن أسلوب التدريب داخل نطاق العمل لم يعد يمثل الإعداد الملائم ، وأن الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين ينبغي أن يتلقوا تدريبا مهنيا سليماً ، يمكن أن يقدم في شكل مقررات لدراسات عليا لاحقة للدرجة الجامعية الأولى في علم النفس العام ، على أن يكون برنامج هذه الدراسة مرنا وانتقائيا ، وأن يكون المضمون والاتجاه مؤسسين على المعرفة النظرية ، وعلى الخبرة العملية المتصلة بمشكلات البلد الذي يعمل فيه الأخصائي ، والمرحلة التي بلغها المجتمع في التنمية.

وأضاف أنه ينبغي أن يظل المنهج الدراسي مشتملا على تدريس التقدير السيكولوجي كجانب رئيسي في البرنامج ، بجانب ضرورة تعلم الأساليب العلاجية المختلفة ، كالعلاج النفسي ، والعلاج الجماعي ، وأساليب الإرشاد النفسي ، مع قدر كاف من الأساس النظري ، وذلك لتمكن الطلاب من تطويع هذه الأساليب الخاصة بالعلاج وتعلم الجديد منها.

<u>مجالات عمل الأخصائى الاكلينيكى:-</u>

أوجز مصطفى فهمي ما أشار إليه شاكو من أن هناك مجالات اهتمام أربع لعمل الأخصائي الإكلينيكي:-

أولا- قد ينتظم مجال اهتمام السيكولوجي الإكلينيكي حول الاتجاه الديناميكي فى دراسة الشخصية. وهذا يتطلب منه بصيرة كافية

بالطب النفسي ، وعلم النفس الإكلينيكي ، والتحليل النفسي، وهو في دراسته لتنظيم الشخصية ، عليه أن يتخذ من دراسة حالة الفرد موضوع التشخيص والعلاج وسيلة يستعين بها للوصول إلى تعميمات من فئات الناس والعوامل المؤدية إلى السواء والانحراف.

ثانيا- قد ينتظم اهتمام السيكولوجي الإكلينيكي كذلك حول استخدام الاختبارات النفسية والعقلية للكشف عن بناء الشخصية وتركيبها وقدراتها واهتماماتها وميولها وقيمها ، أو ما قد تعانى منه من أعراض نفسية مرضية واضطرابات في السلوك. ومن الضروري - لنجاح هذا الجانب - أن يكون هناك تعاون إيجابي مع العاملين في الميدان التربوي والمهني.

ثالثا- قد يسعى السيكولوجي الإكلينيكي للحصول على مساعدة المريض نفسيا أو الذي يعانى من اضطرابات في السلوك - سواء في مرحلة التشخيص النفسي أو العقلي أو كلاهما ، أو في مرحلة تقديم العلاج اللازم أو ما قد تتطلبه الحالة من بعض أساليب الإرشاد النفسي.

وبذلك يكون من الممكن تحديد مجالات وأماكن تواجد وعمل الأخصائي الإكلينيكي وهى (عطوف ياسين):-

١- العمل في العيادات النفسية والمستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية أو العقلية ويقوم فيها بالتشخيص أو العلاج أو بهما معا ، كما يشرف على البحوث الإكلينيكية.

٢- العمل فى المؤسسات الإصلاحية كمؤسسات الأحداث والمنحرفين ويقوم فيها بدراسة الحالات ، وتقديم الاقتراحات الخاصة بها ،

ويساعد في توجيه الأفراد والعمل على تكيفهم مع متطلبات الحياة الاجتماعية.

٣- العمل في ميادين الخدمة الاجتماعية والإسكان والتعمير والصناعة والشركات ووسائل الإعلام ، ومكاتب العلاقات العامة ، ومؤسسات التأمين ومكاتب التدريب والتوجيه المعنوي للقوات المسلحة.

٤- العمل في مجالات التوجيه المهني والتربوي والنفسي في المؤسسات التعليمية والجامعية على اختلاف مراحلها.

٥- العمل في مراكز البحوث ومتابعة الدراسات التربوية والصحية والاجتماعية ، ويعمل في مراكز التخطيط والتنظيم والإدارة.

وقد أوجز عطية هنا التحويلات التي ظهرت في اهتمامات السيكولوجي الإكلينيكي وأوجه نشاطه منذ أوائل الثلاثيات وحتى الآن على النحو التالي:-

- من الاهتمام الرئيسي بمشكلات ومعوقات الأطفال إلى مشكلات توافق الكبار.

- من الاهتمام الشديد بقياس الذكاء ونواحي العجز والآثار التي تحدث في القيام بالوظائف العقلية إلى الاهتمام بقياس صفات الشخصية والتوافق.

- من الاهتمام بتصنيف الشذوذ العقلي مع توكيد وظيفة السيكولوجي كمطبق للاختبارات ومفسر لها إلى الاهتمام بالعلاج النفسي وعلاج الحالات بالفعل ، أي أن وظيفته تنحصر في العلاج ، التدريس ، الإدارة ، التشخيص ، البحث ويمكن الخروج في نهاية الحديث عن عمل الأخصائي الإكلينيكي بالحديث عن دوره في المجتمع ، ودوره الوقائي ،

ودوره العلاجي ، ودوره في تقدير المرضى والتي أوجزها زين العابدين درويش على النحو التالي:-

* دور الأخصائي الكلينيكي بالنسبة لاحتياجات المجتمع:-

يجب على الأخصائي النفسي أن يكون مستعدا لمواجهة أنواع الضغط والأمراض النفسية في مراحلها المبكرة بالعمل الوقائي الفعال ، ودون انتظار لاستقبال المرضى في المستشفيات أو العيادة ، وهذا يلزمه أن يحاول تقديم علمه حيث الحاجة ماسة إليه ، سواء كان ذلك من خلال تعاونه مع المؤسسات القائمة بالمجتمع أو عن طريق اتصاله بالأسر والأفراد.

- قيامه بإجراء بحوث كثيرة عن تأثير العوامل النفسية الاجتماعية على الصحة عموما ، ومثل هذه البحوث ينبغي أن تشمل دراسة لما يعتقد المرضى والأفراد الممثلون للمجتمع المحلى أنهم في حاجة إليه من خدمات ، كذلك فإن من حق المجتمع أن يتوقع إجراء دراسات على الخدمات المقدمة في مجال الصحة النفسية ، في المستشفيات ، والعيادات ، والمؤسسات العلاجية بقصد إدخال مزيد من التحسينات عليها.
- يتوقع المجتمع من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين الخبراء في المجال أن ينهضوا بتدريب الأخصائيين الناشئين في الجامعات والمؤسسات التعليمية الأخرى ، والمشاركة في ممارسة التخصص وفي تدريب أفراد المهن الأخرى المتصلة بمجال الصحة النفسية كالأطباء ، والأطباء النفسيين ، والممرضين ، والأخصائيين الاجتماعيين والمسئولين عن مراقبة الجانبين.

***** *دور الأخصائي النفسي الاكلينكي في تقدير المرضى:-*

لقد اعترفت مجموعة العمل بدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في تقدير المرضى ، أي في التصنيف التشخيصي ، وترى أن هذا التقدير ينبغي أن يجرى على فترات متباعدة نسبيا ، وأنه لا ينبغي أن تكون نتائج هذا التقدير بمعزل عن العوامل الاجتماعية وغيرها من العوامل الأخرى المؤثرة على حالة المريض.

وأن الوصف التشخيصى الواقعي يأخذ في اعتباره المتغيرات المرتقبة ، لا في اتجاه المريض نحو بيئته فحسب ، أو نحو مؤسسة خاصة يحيا في كنفها (المدرسة مثلا) ، بل لابد أن يأخذ في الاعتبار أيضا التغيرات المطلوبة فى اتجاه المؤسسة نفسها نحو هذا المريض.

- *دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في العمل الوقائي:-*

تؤكد مجموعة العمل اقتناعها بأن الأخصائي النفسي الإكلينيكي سوف يلعب دورا أكثر فعالية في المستقبل بالنسبة للوقاية . ففيما يختص بالوقاية من **الدرجة الأولي** سوف يكون عليه عبء القيام بمهمة صعبة هي تحسين نوعية الحياة بتعديل الظروف في المؤسسات الاجتماعية بالطريقة التي تصبح معها الإصابات الاجتماعية والنفسية أقل ما تكون .

وفيما يتعلق بالوقاية من **الدرجة الثانية** ، فان مهمة الأخصائي النفسي الإكلينيكي تشمل اكتشاف المجموعات البشرية المعرضة للمرض النفسي ، والبحث عن الأسر والأفراد المحتاجين إلى العون ، وهذه مهمة ينبغي أن ينهض بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي نحوهم قبل أن تؤدي بهم الضغوط التي يتعرضون لها إلي مرض خطير . وبالنسبة للوقاية من **الدرجة الثالثة** ، فان الهدف منها هو ترقى الانتكاس والحيلولة دون إزمان المرض ، وتقليل دواعي البقاء بالمستشفى لوقت طويل .

وثمة دور محدد للأخصائي النفسي الإكلينيكي بوصفه موجها طبيا في المجتمع ، وتتجسد أبعاد هذا الدور في ضرورة تناوله لمجموعة المشكلات الصحية ذات الخلفية السيكولوجية ، كتعاطي المخدرات ، والأمراض التناسلية ، والجناح ، والتخلف العقلي . وعليه أن يبتكر الأساليب الملائمة للرعاية التي تقضي الإقامة داخل مؤسسات ، وعليه أن يعلم المجتمع كيف يتقبل صور العجز والقصور الماثلة لدي بعض أعضائه ، وكيف يتبنى نحوهم اتجاها يتسم بمزيد من التسامح والمرونة . على أنه بسبب تعدد العوامل المؤدية إلى المرض النفسي وتشابكها ، فان عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي سيكون أكثر فعالية إذا هو تعاون مع غيره من المتخصصين في فروع العلم الأخرى.

- ***دور الاخصائي النفسي الإكلينيكي في العلاج:***

للأخصائي النفسي الإكلينيكي دور في العلاج تزداد أهميته. وتتعدد جوانبه مع الأيام . ومع ذلك فان تزايد فرص العلاج لا يمكن أن تقدم غير حل جزئي فحسب لمشكلة تلبية احتياجات المجتمع على المدى البعيد ، إذا لم يوضع في الاعتبار أيضا اتخاذ التدابير الاجتماعية الملائمة .

وهناك ميل في بعض البلدان لأن يضطلع الأخصائيون النفسيون بأعباء العمل الاستشاري والوقائي ، وأن ينهضوا بمهام اكتشاف الحالات المبكرة من المرض ، فضلا عن إجراء البحوث في المجتمع ، أو من خلال المؤسسات القائمة خارج نطاق المستشفى أو العيادة . ومثل هذا العمل يمكن أن يؤدي إلي خلق تخصص مهني من طراز جديد مختلف عن الأخصائي النفسي الإكلينيكي بمعناه التقليدي .

ويذكر زين العابدين درويش أن مجموعة عمل هيئة الصحة العالمية لاحظت التشعب بين الأخصائيين النفسيين في ممارسة جانب العلاج في العمل الإكلينيكي ، و يتجلي هذا التشعيب في وجود فريق يزاول العلاج النفسي ، والعلاج النفسي الجماعي ، ويستخدم المناهج الدينامية ، و يعتقد بأهمية تعديل الشخصية . وفريق آخر يضم من يفضلون العلاج السلوكي أو غيره من مناحي تعديل السلوك الأخرى ، ويستخدمون أساليب متنوعة تقوم أساساً علي نظرية التعلم الكلاسيكية . وبوجه عام يبدو أن هناك تحولا عن " المنحى البيولوجي " إلي " المنحي الاجتماعي – النفسي " ، وهذا التحول لا ينعكس أثره ، علي معالجة المريض خارج المستشفي فحسب ، بل ينعكس أثره أيضا علي ما تقدمه المؤسسات العلاجية لما يعرف باسم العلاج البيئي الذي يشمل المحيطين بالمريض من المرضي الزملاء .

الفصـــل الثـانـي

التشخيص النـفسي والمنـهج الإكلينـيكي

أولا: التشخيص النفسي.

- مشكلة التشخيص في علم النفسي الإكلينيكي
- هدف التشخيص – مضمونه – بنيته – فنياته– منطقـــه معاييره.

ثانيا: المنهج الإكلينيكي.

- مسلماته .
- مميزاته.
- التعارض بينه وبين علم النفسي القياسي .
- الالتقاء بينه وبين علم النفس القياسي.
- تعاون المنهجين .

أولا: التشخيص النفسي الإكلينيكي

يعني بالتشخيص الفهم الكامل ، ويتطلب خطوات أو عمليات معينة أساسية تشتمل علي : الملاحظة ، الوصف ، تحديد الأسباب ، التصنيف والتحليل الدينامى بقصد التوصل إلي افتراض دقيق نحو طبيعة وأساس مشكلة العميل أو المريض ، ويقصد بالتنبؤ رسم ومباشرة خطة العلاج ومتابعتها وتقويمها ، أي أن التشخيص يهدف إلي تقويم شخصية العميل : (قدراته – انجازاته – سماته – ... الخ) التى تساعد علي فهم مشكلته ، وبمعني آخر ان التشخيص هو معرفة كم المرض ، أي معرفة طبيعة المرض ومدى شئونه وشموله أي تحديد المرض أو الاضطراب أو الخلل أو المشكلة أو مظاهر الشذوذ أو الانحراف عن طريق ما يظهره الفرد من أعراض أو عن طريق معرفة أصل الاضطراب ومجري نموه ، وهذا معناه أن التشخيص يقصد به تصنيف الفرد علي أساس سمات معينة // والتشخيص أول خطوة يقابلها المريض عندما يدخل أي مستشفي للأمراض العقلية أو يذهب إلي إحدى العيادات النفسية حيث تشخيص حالته، ويهتم المسئولون بتحديد مرضه تحديداً دقيقاً ، ولا يقصد بذلك مجرد وضع لافتة علي المريض يكتب عليها عصابي أو ذهاني ، وإنما يقصد به رسم صورة كاملة وشاملة عن الأعراض ، وتقويم العوامل النفسية والبيولوجية والاجتماعية في نشأتها (لويس مليكة ، مصطفي فهمي) .

وقد خلص عطوف ياسين بتعريف شامل للتشخيص بأنه " التقييم العلمي الشامل لحالة مرضية محددة ، ويتضمن المعلومات والأعراض بنوعيها (الكمي والكيفي) ويتم بوسائل متعددة منها الاختبارات المقننة وغير المقننة ،والمقابلة ،ودراسة الحالة ،والملاحظة ،والسجل المدرسي

والظروف العائلية ، والسجل الطبي والتقييم العصبي ، ويشير بدقة إلي أسباب المرض المباشرة وغير المباشرة ، ويقوم بتحديد مكانها ، وطبيعتها ونوعها معجمها ودرجة حدتها دون الاكتفاء فقط بوصف الأعراض المرضية السطحية ، وعلى هذا فالتشخيص العلمي يهيئ السبل لتخطيط برنامج علاجي قابل للتطبيق والتنفيذ كما يتضمن التشخيص الهادف التنبؤات المستقبلية والافتراضات المتوقعة .

ويجب أن يكون التشخيص كاملاً و أن يحفظ في سجل دائم ويتطلب الحصول علي معلومات طبية ونفسية واجتماعية وتاريخية ، وهذا يتطلب أن يقوم به فريق من المتخصصين في الطب ، والطب النفسي ، وعلم النفسي الإكلينيكي ، والخدمة الاجتماعية، وأن يضعوا في اعتبارهم أن أساليب التشخيص تختلف باختلاف الهدف من إجرائها ، وباختلاف المؤسسة التي تجريها ، فإذا كان الهدف هو إدخال المريض لإحدى المؤسسات أو المستشفيات العلاجية فإن التشخيص يستهدف توضيح الأعراض ، كذلك ربما يكون التشخيص قبل وبعد تقديم نوع من العلاج لمعرفة مدي تأثيره وفاعليته ، وهنا ينصب الاهتمام أيضا علي الأعراض لوضع أسس العلاج في المستقبل .

ويأخذ التشخيص المعاصر شكلين :

<u>أ- التشخيص التصنيفي الطبي :</u>

ويتخذ من التصنيف أداة تساعده ، وينحصر في تسمية المرض أو شكوي المريض . ويميل بعض الأخصائيين الإكلينيكيين للأخذ به رغم أنه أسلوب طبي ، وأكثر الحالات التي أثبت هذا الأسلوب جدارته فيها هي حالات المرض الذي يتطلب إجراء عملية جراحية ، ففي هذه

لابد من الالتجاء للمتخصصين في جراحة المخ أو غيره ، أما الحالات النفسية فإن الأمر يختلف اختلافا كليا . ويري كثير من النقاد أن الأسلوب الطبي محدود في نطاق خاص ، والتصنيف الذي قدمه لنا الطبيب كريبلين لم يفدنا في فهم المرض أو معرفة أسبابه ، والحالة المحددة الخاصة من حالات الأمراض المختلفة لمرض بالذات هي حالة شاذة ونادرة في مجال الأمراض النفسية ، فالفصامي قد تبدو عليه مظاهر الاكتئاب الشديد أيضا .

ب- التشخيص السيكوديناميي :-

فالقاعدة التي يتخذها التشخيص فيه هي ديناميات المرض النفسية ، وفي هذا الشكل لابد من دراسة الحالة دراسة مستفيضة من جميع جوانبها ، وخاصة من ناحية القدرات والدوافع والانفعالات والقيم والاتجاهات وأساليب السلوك الدفاعية التي يتخذها الفرد ، فضلا عن آثار البيئة والمجال التي نشأ فيها .

مراحل وخطوات التشخيص عند ساند بيرج وتيلر:

حدد هذان العالمان مراحل وخطوات التشخيص بالخطوات الأربع التالية :-

١-مرحلة الإعداد .

٢-مرحلة التزود بالمعلومات .

٣-مرحلة معالجة المعلومات.

٤-مرحلة اتخاذ القرارات . (عطوف ياسين).

مشكلة التشخيص في علم النفس الإكلينيكي:-

إننا لا نستطيع الفصل ما بين الأشكال المتكيفة والأشكال المضطربة للسلوك لأننا لا نرجع إلي القصور البالي القائل بالاتصال والتجانس الكامل ، لا نستطيع الفصل ما بين الصحة والمرض ، ولكن لأننا نري فيهما نهايتين مختلفتين للصراع ، لا يستطيع علم النفس الإكلينيكي إلا أن يضعها الواحد بالنسبة للأخر (لاجاش) .

إن المعرفة بأسباب الأمراض العقلية تعاني من نقص يكاد يكون تاما ، وبالتالي فان التشخيص يقوم أساسا علي الأعراض والزملات ، ولم يمكن استخلاص نسق للتصنيف علي هذا الأساس ترضي المتخصصين ، وهذا يتفق مع كاميرن حينما قال : إن كل المحاولات الحالية لتصنيف أنواع الاضطراب الوظيفي للشخصية ، تعد غير مرضية ، وينطبق هذا علي أنواع العصاب ، كما ينطبق علي أنواع الذهان ، فليس هناك كائنات حية مسببة ، وبالتالي فإننا لا نستطيع أن نرجع إليها كما هو الحال في الأمراض المعدية ، ولا توجد إصابات عضوية محددة كما هو الحال في أنواع الأمراض التي تنسب إلي جهاز معين من أجهزة الجسم ، كما أن الجهاز العصبي لا تبدو عليه تغيرات متسقة يمكن ربطها بزملات الأعراض ، كما هو الحال في أنواع الأضطرابات العصبية ، وعليه يكون من الضروري أن يتحقق الأشخاص الذين يعملون في ميدان الشذوذ من أن التصنيفات الرسمية الحالية للأمراض النفسية لا تقوم علي أساس من دليل علمي حاسم ومقنع ، إنما هي وليدة الضرورات العملية ، وتعتمد القرارات المتصلة بالمجموعة التي يصنف تحتها اضطراب سلوكي معين علي الإطار الذي يتم تبينه ، وقد تحدد هذا الإطار في كل من الولايات المتحدة

الأمريكية وانجلترا من خلال أغلبية أصوات الأعضاء الممارسين في الجمعيات الكبيرة (عبد الحليم محمود السيد).

وعليه فقد فشل الطب النفسي في تقديم نظام مقبول للتصنيف، ولا نتبين هذا فقط من ضرورة ادخال محكات غير علمية (مثل الاتفاق العام) وانما يتضح كذلك من اضطراد (عدم الثبات) الاستخدام الحالي لنسق التصنيف الذي يستخدمه أطباء الأمراض النفسية ذوو الخبرة .

هدف التشخيص :

يعد هدف التشخيص في أساسه معرفيا . وأن يكن من الممكن النظر إليه علميا وعمليا . فهو من الناحية العلمية ، تتوافر فيه صفة العمومية ، ومن ثم فهو لا يكون مجرد كومة من التشخيصات الجزئية المتناثرة ، بقدر ما هو فعل ختامي توضع فيه التشخيصات الجزئية ، ضمن النظرة الكلية العام . أما من الناحية العلمية فالتشخيص يزودنا بقاعدة للعمل (علاج أو ارشاد .... الخ) .

مضمون التشخيص :-

ليس التشخيص مجرد إلصاق بطاقة بهذا الصنف أو ذلك من أصناف الطب النفسي التقليدي ، أي ليس تحديد النمط بالرجوع إلي تصنيف جاهز، بل هو عملية دينامية تنصب علي فرد بعينه في موقف بعينه ، في لحظة بعينها ، وتحدد الدلالة العميقة لجملة علاقاته من بيئته. فعلم النفس الإكلينيكي يأخذ علي عاتقه في كل حالة ، تحديد " برنامج العمل " بما سيلائم حاجات الفرد ، موضوع التشخيص . ومن ثم ينتهي إلي الامساك بالدلالة المحايثة الخاصة بالموقف المشكل الذي يعيشه هذا الفرد ، وبالوظيفة المحددة لاضطرابات السلوك عنده ، فالتشخيص ،

تعبير عن لحظة من لحظات التطور لتاريخ شخصيته في علاقتها بالبيئة.

بنية التشخيص :-

ثمة وجهان متتامان للتشخيص:

أ- **مماثلة Assimilation :**

بمعني إدراج الحالة ، ضمن نمط كيفي استناداً إلي علم النفس النظرى .

ب- **ملاءمة Accomodation :**

بمعني ملائمة هذا النمط الكيفي ، بحيث توضع فى الاعتبار الخصائص الفريدة التي يتجسد عليها النمط العام في هذه الحالة (تبدل وضعي بلغة الجشطلت) . أي تبين الانتظام الفريد الذي يتخذه النمط الكيفي في هذه الحالة .

ومن هنا فإن التشخيص ينطوي علي عملية تأويل Interpretation للوقائع ، والمعطيات (محمد الطيب).

فنيات التشخيص :-

إن التشخيص الجيد ، يستند دائما إلي أنواع عديدة من المعطيات . ولكن رسم تاريخ الحياة ، والملاحظة المباشرة يظلان لب المنهج الكلينيكي . وفيما يتصل بالملاحظة ينبغي أن نتتبه إلي أهمية الملاحظة المتصلة ، بحيث تنصب الملاحظة علي وقائع عيانية ، تنفذ إلي الحقائق ، ولا تتخذ صورة التقرير الدوري في عدم تحدده .

منطق التشخيص :-

إن التشخيص ليس عملية رص للوقائع ، بل تأويلَ لها ، يبنيها بناء جديداً في وحدة كلية تتيح فهم دلالة السلوك ، ووظيفته ، أي فهم

الكائن في علاقته ببيئته ، ويتحقق ذلك بحركة دياليكتيكية للفكر ، تمضي من الوقائع إلي الفرض التأويلي ، لتعود إلي وقائع أخري تعدل من الفرض الأصلي وهكذا .

فالتشخيص عملية دينامية ، ليس لها من الناحية النظرية أن تتوقف ولكن الناحية العملية تحتم التوقف عند الوصول إلي تأويل يجيب علي المتطلبات العاجلة للحالة ، هذه الحركة الدياليكتيكية للفكر ، يسبقها تحديد المشكلة ، ويختمها إقامة التشخيص . (صلاح مخيمر) .

معايير التشخيص :-

لعل أهم معايير التشخيص في المنهج الكلينيكي ، مبدأ التكامل ومبدأ التقاء الوقائع .

مبدأ التكامل :-

" ويعني إقامة وحدة كلية واحدة من المعطيات ، مما يتطلب الكشف عن العامل المشترك ، فالمعطيات التي تم جمعها ينبغي أن تأتلف ، وتنتظم ، ضمن الشخصية برمتها ، في وحدتها التاريخية ، وفي علاقتها الراهنة بالبيئة " . وفي هذا الصدد " يشبه فرويد التحليل النفسي بلعبة الصبر ، التي يكون فيها علي الشخص أن يقيم صورة مكتملة ، ابتداء من أجزائها المبعثرة . فليس ثمة غير حل واحد صحيح . وطالما لم يتم التوصل اليه ، فربما استطاع المرء أن يتعرف علي أجزائه معزولة ، لكن لا يوجد كل مترابط . فإذا ما تم الوصول إلي الحل الصحيح ، فلن يكون من شك في صحته ، لأن كل جزء يجد مكانه ضمن الكل الشامل . فالحل النهائي يكشف عن وحدة مترابطة ، فيها التفصيلات ، التي كانت حتي ذلك الحين غير مفهومة ، قد وجدت مكانها .(فينخل) .

التقاء الوقائع :-

فالتأويل الذي ترتد إليه كثرة من الوقائع الواردة فـــي الأحــلام مثلا ، ينبغي أيضا أن ترتد إليه كثرة من الوقائع المماثلة في المســالك اليومية للشخص ، وضمن اطار الطرح العلاجي .

وهناك معايير أخري تحكم إقامة التشخيص نلخصها فيمايلي :

- **مبدأ وفرة المعلومات** : ويعني أن درجة التغيير أو الاحتمال فـــي التشخيص إنما تتوقف علي ثراء ودقة المعطيات التي تم جمعها .
- **مبدأ الاقتصاد** : ويعني أن أكثر التأويلات معقولية ، هو هذا الــذي يتيح تفسير أكبر عدد من الوقائع بأقل عدد من الفروض .
- **معيار الخصوبة** : ومعناه أن التشخيص ليس له قيمة إلا حين يــأتي بجديد يستنطق الوقائع .
- **معيار الانتظار** : بمعنى أن التشخيص لا يعــدو أن يكــون حكمــا مؤقتا، ومن ثم يظل النفساني في حالة انفتاح عقلــي تتيــح لـــه أن يعدل تشخيصه ، إذا ما برزت أية وقائع جديدة .

ثانيا: المنهج الكلينيكي

يستخدم المنهج الكلينيكي في دراسة حالة فردية بعينـــها ، فـــهو يستخدم أساسا لأغراض عملية ، ونفسية من أجل تشـــخيص وعـــلاج مظاهر الاختلال التي تحمل الشخص علي الذهاب إلـــي الكلينيكـــي ، ولكن هذا لا يمنع من وجود هدف علمي فان دراسة العديد من الحالات الفردية ومقارنتها بعد ذلك يمكن أن تمدنا بمعلومات نظرية لـــها قيمـــة عامة ، لقد نشأ المنهج الكلينيكي من الائتلاف ما بين تيارين هما : علـم النفس الطبي وعلم النفس التطبيقي القياسي النزعة ، ذلك أن المـــرض حالة يستحيل استحداثها تجريبيا من حيث المبدأ ، ومـــن هنـــا كـــانت

ضرورة الالتجاء إلي منهج خاص هو المنهج الكلينيكي ، والمنهج الكلينيكي يعني اليوم الدراسة العميقة للحالات الفردية ، بصرف النظر عن انتسابها إلي السوية أو المرض .

مسلمات المنهج الكلينيكي :-

" ثمة مصادر ثلاث يستند إليها المنهج الكلينيكي :

أ- **تستند المسلمة الأولى** إلي التصور الدينامي للشخصية ، بمعني أن ننظر اليها وإلي المسالك التي تصدر عنها علي أنها نتاج تفاعل الأجهزة المختلفة ، أو قل نتاج الصراع ما بين القوي المختلفة ، فالدراسة السيكولوجية للشخص ليست في الواقع غير دراسة لصراعاته ، فكل كائن بشري ، بل وكل كائن حي يوجد دائما في مواقف صراع . فليست الحياة غير سلسلة متصلة من الصراعات ومحاولات حلها ، أو قل من ضياع الاتزان ومحاولة إعادة الاتزان . والكائن المتكيف هو الذي يستطيع أن ينهي صراعاته ، بمعني أنه يزيل توتراته ويشبع حاجاته . أما الكائن غير المتكيف فهو هذا الذي لا يبلغ إلي إنهاء التوترات ، فيلتجئ إلي الدفاع ضدها .

ب-**وتنحصر المسلمة الثانية** في النظر إلي الشخصية كوحدة كلية حالية . فقد كانت العناية في البداية تقتصر علي مجرد الأعراض الخاصة بالمرض في انعزال عن الشخصية ، وكأن هذه الأعراض ، لا تنتسب إلي شخص بعينه يعيش في بيئة بعينها .أما المنهج الكلينيكي اليوم ، فليس للأعراض عنده من دلالة ، أو معني الا بالرجوع للوحدة الكلية للشخصية في صلتها بالعالم ، ومعني هذا أن النظرة الكلينيكية لا تقتصر علي قطاع ، أو قطاعات سلوكية بعينها ، وانما تضع في الاعتبار كافة الاستجابات التي تصدر عن الشخص ، من حيث هو "

كائن عياني مشتبك في موقف " ومهمة الكلينيكي ، تنحصر في محاولة تحديد مكان هذا السلوك ، أو هذا العرض ، ضمن وحدة الشخصية ككل ، بمعني أنها تحدد دلالته ووظيفته .

ج -**أما المسلمة الثالثة** فتنصب على الشخصية كوحدة كلية زمنية . فاستجابة الشخصية بازاء موقف مشكل إنما تتضح في ضوء تاريخ حياة الشخص ، بل واتجاهه بازاء المستقبل (فالتشخيص يستهدف الإمساك بلحظة من لحظات تطور الكائن البشري).

ويتميز علم النفس الكلينيكى ، من حيث موضوعه ومنهجه وأهدافه:-

فمن حيث الموضوع:

نجد أن موضوع علم النفس الكلينيكي هو الدراسة المركزة العميقة لحالة فردية ، أي دراسة الشخصية في بيئتها " وعلم النفس الكلينيكي يمكن أن يمتد بالدراسة أيضا ، إلي جماعات صغيرة ، فهو يدرس الجماعة من حيث هي حالة فردية "(لاجاش).

ومن حيث المنهج :

تضطلع الملاحظة بالدور الرئيسي ، في الدراسة الكلينيكية . ولكن علم النفس الكلينيكي ، يميل بصورة متزايدة إلي أن يأخذ صورة المنهج الكلينيكي المسلح بالمقاييس المقننة ، حاصراً مع ذلك اهتمامه في الوحدة الكلية لاستجابات كائن بشري عياني برمته في اشتباكه بموقف . ومعني ذلك أنه يتناول الشخص من حيث هو وحدة كلية حالية ، وزمنية في موقف .

أما من حيث الأهداف :-

فنجد من الزاوية العملية ، أن الشخص كما يتقبل الفحص فلابد وأن يجد في نفسه ما يدفعه إلي ذلك ، وبالتالي فهو حامل مشكلة . ومن هنا تكون الأهداف العملية هي الاستشارة أو العلاج أو إعادة التربية . ومن الزاوية العلمية نجد أن الأهداف العملية لا يمكن أن تتحقق الا بالاستناد إلي معارف علمية سابقة . فالتشخيص ، ينحصر في الإمساك بالدلالة الخاصة ، التي تتخذها علاقة الشخص بالبيئة .

التعارض بين علم النفس الكلينيكي وعلم النفس القياسي :-

ويرى " لاجاش " أن فكرتنا عن علم النفس الكلينيكي ، تظل قاصرة ، طالما لم نحدد بعد علاقته بعلم النفس القياسي .

فمن حيث المبدأ يتعارض المنهج الكلينيكي ، ومنهج المقاييس فيمايلي :

١-فالكلينيكي يعين الشخص علي أن يتكيف مع الموقف ويجاهد كيما يجعل طريقته ملائمة لهذا الشخص ، ويتم البحث الكلينيكي في "مقابلة شخصية " ، أما " الصنائعي النفسي " فيستخدم مع مختلف الأشخاص نفس الاختبارات ، بنفس الطريقة ، معطيا للأشخاص نفس الزمن ، ونفس التعليمات .

٢-والكلينيكي يلاحظ استجابات الشخص في وحدتها الكلية وتفاصيلها وذلك في موقف حيوي وهام في دلالته ، ألا وهو موقف الفحص ، أما " الصنائعى النفسي " فيسجل بطريقة موحدة وسط ظروف من التحدد ، بحيث تتيح لأي ممارس أن يحصل علي نفس النتائج . وأن يؤول أية نتيجة بنفس الطريقة .

٣-والكلينيكي يتخذ اطاره المرجعي من أنماط " كيفية " ذات طبيعة مثلي ، بحيث يرد الحالة إلي عدد من العلاقات العامة ، ويماثل ما بين الحالة ، وأحد تلك الأنماط مستوعبا مع ذلك ، علي أدق نحو ممكن ، الخصائص الفردية للحالة ، أما الصنائعى النفسي " فيقدر نتائج عددية بالرجوع إلي سلم للقياس سبق إعداده علي أشخاص ينتمون إلي نفس الجماعة التي ينتمي إليها الشخص المقيس.

ويري " لاجاش" أن هذا التعارض التكنيكي قد انتهي إلي طرائق جد مختلفة في ممارسة علم النفس ، وأدي في النهاية إلي خلق جو من التنافس وعدم الثقة ما بين الصنائعيين النفسيين والكلينيكيين ، حيث يتهم فريق الصنائعيين الفريق الآخر ، بعدم الدقة العلمية وينعي فريق الكلينيكيين علي الفريق الأول جموده.

ثم يورد لاجاش هنا عبارة تستحق الوقوف عندها قليلا إذ يقول " وكما هو الحال في الغالب ، فان الطابع الشخصي ، حين يغلب عليه الجدال يعقد ، ويؤخر حلها (لاجاش) . ولقد أشار " لاجاش " إلي هذا المعني أكثر من مرة ، فلقد سبق له القول بأن " الاختيار ما بين النزعتين ، يمكن ألا يصدر إلا عن دوافع شخصية .. وأن هذا الاختيار يجيب في المستوي العميق ، علي حاجاته الوجدانية ، ومحاولاته حل مشكلاته الخاصة . أن ذلك يذكرنا بعبارة موراي " ربما لو كان هدفي الرئيسى هو العمل بأقصى دقة علمية ، لما كنت بارحت المحولات الكهربائية والغازات مطلقا ، لقد تغيرت أهدافي بسبب ذلك الاهتمام الملح بأمور أخري مثل مشكلات الدوافع والانفعالات ، وكانت محاولة إنجاز ذلك على الإنسان ، تجعل مني عالما نفسيا "أدبيا" أو طبيبا للصحة العقلية ، يطل من الخارج علي

علماء النفس الحقيقيين الذين كانت تستحوذ عليهم – كما استخلصت أهداف ملحة لتسلق السلم الاجتماعي للعلماء ، والانضمام إلي تلك النخبة بأي ثمن . والا فماذا غير ذلك ، يمكن أن يفسر وضعهم لوسائل (الأجهزة والاحصاء) بعيدة إلي هذا الحد عن الأهداف (أهمية المشاكل موضع الدراسة) بحيث أنه مهما كانت تفاهة هذه النتائج فان المجرب ، يعتبر نقيا وطاهراً ، طالما أن معاملات الارتباط لديه تكون ثابتة (موراى Murry).

وقد يتخطي الأمر هنا مجرد إشباع حاجات خاصة بالباحث ، ليس صميم ثقته بذاته . فالمنهج الكلينيكي يعتمد إلي حد بعيد علي قدرة الباحث الكلينيكي ، وثقته بذاته ، ومن ثم فهو لابد وأن يكون شخصية استقلالية ، وبالتالي يأخذ علي عاتقه مشكلة العلم من حيث هو إعادة بناء للوقائع " في ذهنه وعبر ذاتيته" وعبء الانتقال من عالم الذاتية إلي عالم الحقيقة .

أما التجريبي فشخصيته ، ليس من الضروري أن تقوم علي الاستقلالية ، لا ولا علي الثقة بالذات – فهو لا يستطيع أن يأخذ علي عاتقه هذه المهمة الضخمة ، ومن ثم فهو يلقي بهذه التبعية علي الظروف الخارجية ، وكأن العلم لا يمكن أن يكون إلا بعيدا عنه وخارج مجال ذاتيته ، فإن كان هناك ثقة ، وإن كان هناك يقين علمي فلابد وأن يوجد خارج ذاته ، في الشروط الخارجية ، بعيداً عن كل مسئولية له ، فهو ليس بمسئول عن شيء ، فالتجربة قد أسفرت عن ذلك " ونتائج الاختبار ومعاييره هي التي تؤكد ذلك ، ومعاملات الارتباط والدلالة الاحصائية ، وهي التي تقع عليها كل المسئولية هنا لا تكون الثقة في الذات ، بل في العالم الخارجي ، في الشروط التي يفتعلها المنهج

التجريبي ، ولنا أن نتساءل مع هوسرل " ولكن ما هو اليقين ، الذي يمكن أن يفوق يقين الذات بذاتها ، وبالعلوم التي تضعها هذه الذات . (هوسرل).

التقاء المنهجين ، الكلينيكي والتجريبي : "لاجاش":

ولكن ، وعلى الرغم من كل هذا التعارض ما بين المنهجين ، الكلينيكي والتجريبي ، " فقد تقاربت وجهتا النظر ، واقتصر التعارض بينهما علي التمييز بين ميدانين ، ميدان السلوك بصورة عامة ، وميدان السلوك الإنساني العياني ، وما يلحق بذلك من تماير طريقتي التناول . ولكننا إذا ما وحاولنا بدلا من الالحاح علي التعارض ، أن نتقصى العوامل المشتركة في تصور موضوع البحث ، ومنهج التناول ، والنتائج ، وإذا ما توصلنا ، في كل هذه النواحي إلي أن تثبت وجود اتفاق عميق في الرأي ، فأننا نكون بذلك ، قد خطونا خطوة كبري في الطريق إلي وحده علم النفس .(لاجاش).

١- موضوع علم النفس :

ان علم النفس ، سواء بالنسبة إلي علم النفس الكلينيكي أو بالنسبة إلي علم النفس التجريبي هو علم السلوك – وليس ثمة ما يدعو إلي إضافة " التجربة الحية " إلي السلوك ٠ (من Munn) ، وذلك لأن التجربة الحية ترتد أما إلي مسالك ، وأما إلي أشكال ونتاجات مستمرة ومنتظمة من السلوك . وفيما يتصل بعلم النفس التجريبي فإن وشائح صلبية بالسلوك لوثيقة إلي حد الذي يعفينا من الالحاح عليها . ومن الواضح أن علم النفس الكلينيكي يقوم علي ملاحظة السلوك ، ونتاجات السلوك ، وحتي الشعور نفسه ، يستحيل فهمه من الناحية البيولوجية

إلا على أنه سلوك أوخاصية من خصائص السلوك . فنحن لا نبلغ إلـى " الشعور " إلا من خلال السلوك ، أو عن طريقه .

وهكذا نجد ، فيما يتصل بتصور الموضوع العام لعلـم النفـس ، أتفاقا تاما بين التجريبيين والكلينيكيين . غني عن البيان أن هذا التصـور " للسلوك " والذي يسمح بتحقيق هذا الاتفاق ، هو أشمل من التصـور " الواطسونى" للسلوك هذا الذي يخفض إلي مجرد وقائع ماديـة بحتـة . ومثل هذا الخفض الفيزيائي " للسلوك ، يستتبع خفض علم النفـس إلـي علم الفيزياء ، غير أن السلوك ، هو " انبثاق " لا يمكن خفضه إلي صيـغ فيزئائية . ولقد انتهي التطور بعلم النفس السلوكي ذاته إلي تصور جديـد للسلوك ، تصور لا ينطوي علي الخفض إلي الفيزيـاء أو الفسـيولوجيا تصور كلي ، أي ينظر إلى السلوك كوحدة كلية فريدة . وهكـذا يلتقـي المنهجان في الموضوع .

٢- من حيث طريقة تناول السلوك وتأويله:-

إن الاختلاف المنهجي بين التجريبية والكلينيكيـة ، يتبـدى فـي الحقيقة ، ليس فحسب في طريقة تناول الوقائع ، وإنما أيضا في طريقـة تأويلها. وهذا الاختلاف في الواقع ليس جذريا إلي الدرجة التـي يبـدو عليها ، فالنتيجة المستهدفة هي في الحالتين ، إحلال السلوك مكانة مـن العوامل الشارطة له . وتبلغ التجريبية إلي ذلـك عـن طريـق ضبـط العوامل المختلفة والمتغير المستقل . أما الكلينيكية فتبلغ إلي ذلـك عـن طريق بحث أمين ومكتمل إلي أقصي حد ممكن .

ومن ناحية أخرى ، هناك تعارض آخر في طريقة تناول كل مـن المنهجين للسلوك ، فالمنهج التجريبي يقوم علي " التفسير العلمي " أمـا المنهج الكلينيكي فيقوم على (التأويل الفهمى) .

أ- **التفسير العلمي :**

يعمل علي تأويل ظواهر الطبيعة بأن يطبق عليها نظريات وقوانين يتم التوصل اليها بالاستقراء المعمم ، وهي نماذج اصطناعية للواقع ، لا تتطلب منها أن تعطينا حدسا أمينا عن " الطبيعة" وإنما مجرد صياغة مريحة وخاصية يسمح بالتحقيق و الدقة .

ب- **أما الفهم** فانه يعمل علي تطبيق " علاقات مثالية فهمية " علي الوقائع السيكولوجية ، وهي علاقات تنشأ بطريقة حدسية أثناء التجربة الحية ، فتتيح الوصول إلي دلالة محايثة للواقع الحي ، هي ما نعبر عنه بنمط العلاقة المثالية ، هذه العلاقات العامة حقيقية ، وإن كانت غير واقعية ، أي مثالية تتجسد في تشكيلات متباينة فالعلاقات المثالية للفهم " هي ضرب من صياغة للواقع في صورة هيكلية ".

وعليه ، فالفهم السيكولوجى ينطوي علي تصور واقعي النزعة للمعقولية السيكولوجية ، في حين أن التفسير العلمي يستند إلي تأويل مثالي النزعة للفيزياء .

لكن التفسير العلمي مع تقدم العلم ، يقترب من صور هيكلية وصفية للواقع الفيزيائي ، تسمح بفهم " صدور ما هو فيزيائي عما هو غير فيزيائي ".

ومن الناحية الأخرى نجد في علم النفس ، علاقات عامة من طراز القوانين الطبيعية ، بمعني أنها قد تم الوصول إليها عن طريق الاستقراء المعمم . بينما بعض العلاقات الأخرى في علم النفس ، يمكن ترجمتها إلي دلالات محايثة للسلوك ، بمعني أنها تسمح

بالإمساك " بكيفية صدور ما هو نفساني عما هو غير نفساني " ، كما هو الحال مثلا في قانون الاثر " .

أما عوامل الذكاء وعوامل الشخصية مثلا فلا يمكن ترجمتها إلي فهم . وعليه فإنه في علوم الطبيعة كما في علوم الإنسان ، وخاصة في علم النفس ، يمكن أن تميز ما بين نمطين من العلاقات العامة :

أ- علاقات مجردة تسمح بالتنبؤ ولا تسمح بالفهم .

ب- علاقات أكثر عيانية تسمح لنا بفهم تسلسل الظواهر وتبين العلاقات المحايثة للظواهر التي تتم ملاحظتها .

وكذلك فان محاولة التجريبيين " تعميم العادة " ، اذ تنسحب علي مواقف جديدة ، تناظر " العقدة " والطرح " في التحليل النفسي .

وينتهي " لاجاش" إلي أن التمايز ما بين المنهج التجريبي والمنهج الكلينيكي ، ليس غير تعبير عن محاولة التلاؤم من جانب النفسانيين بإزاء موضوعات مختلفة ، هي المسالك الجزئية في حالة ، والمسالك الكلية في الحالة الأخرى . وإن أقل ما يمكن أن يقال ، هو أن المنهجين يكمل أحدهما الآخر ، على نحو يحقق البحث المكتمل الملائم ، لحقل علم النفس .

ومادام الأمر كذلك ، أفليس من الحكمة أن نفكر فيما يمكن أن يقدمه الكلينيكي والتجريبي من عون كل منهما للأخر بدلا من الإصرار على التجاهل وعدم الثقة .

الكلينيكية يمكن أن تفيد من التجريبية :-

١-في إيضاح وصقل تصورات كلينيكية الأصل ، بالتجريب على الفروض التي انتهت اليها الكلينيكية عبر أبحاثها الخاصة فكف الميول المحارمية مثلا ، يمكن أن ينتهي إلي كف كل ميل جنسي ،

وعلي العكس من ذلك ، فان التعلم الذي يتحقق خلال علاج التحليل النفسي ، يتيح التمييز بين المواقف التي يباح فيها إرضاء الميول الجنسية والمواقف التي يحرم فيها هذا الإرضاء . وكذلك التجريب علي النكوص والعدوان كاستجابة للإحباط.

٢-فى استخلاص قوانين يمكن تطبيقها في تفسير السلوك البشري العيانى :-

أ- النموذج الحيواني للتطبيع الاجتماعي يسمح بتبين السمات الأساسية لعملية التطبيع عند الإنسان وإن كانت هناك خصائص متميزة للأخيرة .

ب- كذلك الدراسة التجريبية للصراع عند الحيوان - منحى التجنب والاقتراب - ونقطة تقاطعها تشير إلي اللحظة التي يصبح فيها السلوك صراعيا).

هذا إلي أن الميل للتجنب يتزايد بأسرع ما يتزايد الميل إلي الاقتراب .

وهكذا نستطيع أن نخلص إلي القول ، بأن الإعداد التجريبي للباحث ، وبأن المعارف التجريبية ، لا غني عنهما للكلينيكي .

<u>وكذلك التجريبية تحتاج إلى الكلينيكية وتفيد منها :</u>

١-لاستحالة التجريب عميائيا ، أي بدون أن نعرف علي أي شئ سنجرب ، فالطريقة التجريبية تتضمن صياغة فروض العمل . ومن أهم ما تضطلع به الكلينيكية ، الاستطلاع والتنقيب في مجالات البحث المختلفة ، وصياغة الفروض التي ستخضع للضبط التجريبي .

٢-أن التجريب ينصب علي قطاعات محددة من السلوك ، ومن هنا يكون علي الكلينيكية أن تضطلع بإقامة الوحدة الكلية للسلوك البشري .

٣-أن نظرية عامة في السلوك يستحيل عليها أن تستغني عن المعارف الكلينيكية الخاصة بالمسالك غير المتكيفة .

تعاون المنهجين:

وهكذا تستطيع النزعتان التجريبية والكلينيكية ، ليس فحسب أن تلتقيا ، وإنما أن تتبادلا العون أيضا . وفي مجال المقاييس والاختبارات يتبدى ذلك التعاون واضحاً فيما يلي : (لاجاش)

١-أن المقاييس لم تنبثق جاهزة من مخ عبقري لصنائعي نفسي . بل أنها النتيجة التي ينتهي عليها . ويتبلور عندها جهد مضن ، ليس فحسب من القياس والإحصاء ، وإنما أيضا من الاستطلاع والمحاولة ، وباختصار من الملاحظة الكلينيكية . ففكرة الاختبار تكون من أصل كلينيكي ، كما ترتكز دلالة النتيجة العددية أيضا علي الارتباطات ما بين طرائق الاستجابة للمقياس ، ومعطيات كلينيكية بمعني الكلمة .

٢-أن الكلينيكي لن يخسر شيئا ، إن هو حل فروضه عن طريق المقاييس ، أو إن هو استخدم المقاييس ليستثير مادة كلينيكية متحجبة . فالمقياس بالنسبة إلي الكلينيكي ليس فحسب أداة قياس وتحقيق ، وإنما هو أيضا منشط للاستجابات وكاشف .

٣-وغالبا ما يحدث ، حين يتعثر " الشبك " أن يهيئ " المقياس فضلا عما تقدم ، ميزة كلينيكية بمعني الكلمة ، ألا وهي إتاحة مادة " شبك " بين السيكولوجي والشخص .

٤- أن السيكولوجي الفطن يفصل (التحسس) الموجه علي " التخبط" الصرف المهدر للطاقة . تسمح له تجربته ، ليس فحسب القياسية وحدها بل والكلينيكية أيضا ، أن يضع أنسب التعليمات لهذا الاختبار أو ذاك ، وأنه ليستوي أن نقول إن كل ممارس سيكولوجي ، ينبغي أن يكون كلينيكيا أو يكون باحثا ، وليس مجرد إنسان ميكانيكي .

٥-أن الاستخدام الكلينيكي – التجريبي للمقاييس المقننة لهو وسيلة مستخدمة منذ زمن طويل . ويستهدف " الاستخدام القياسي " للمقاييس نتيجة موضوعية قابلة للقياس ، هي نتاج السلوك ، ولكن المقياس يمكنه أيضا أن يستخدم كموقف تجريبي ، وحينئذ تسجل الملاحظة الكلينيكية ، الوحدة الكلية للاستجابات ، الخارجية والفسيولوجية والشعورية التجريبية المحددة له ، ولمسالكه الخاصة ، ومقاييس الأداء هي أكثر من المقاييس اللفظية صلاحية لمثل هذا الاستخدام الكلينيكي – التجريبي تحقيقا لأهداف تتصل بعلم النفس الفردي.

٦-إلي جانب هذا الاستخدام الكلينيكي – التجريبي للمقاييس المقننة ، هناك مقاييس يمكن تسميتها " كلينيكية " حقا ، أن ضبط الموقف ، وقياس النتائج غير مغفلين فيها ، وهي من هذه الناحية ، لاتزال بعد مقاييس ولكن الاجابات هي من السعة والتعقيد ، إلي درجة أنه ، حتي حين يكون التسجيل الكامل ممكنا من الناحية النظرية ، وحتى حين يكون التفريع والتطوير الإحصائيين جد ممعنين ، فإن ملاحظة وتأويل السلوك والنتائج ينتسبان إلي النظرة الكلينيكية ، وإلي تصور دينامي للسلوك ، وأشهر نمط لهذه الاختبارات هو

اختبار " الرورشاخ ولقد كتب " رورشاخ" نفسه أن تـــأويل النتـــائج هو عمل جد مختلف عن مجرد تكنيك ميكانيكي يســـتطيعه صبـــي المعمل ، وكذلك الحال بالنسبة إلي اختبار تفهم الموضوع فإن تـأويل النتائج ، أكثر مما عليه الحال في الرورشاخ ، يستند لا إلـــى سـلم قياسي ، ولكن إلي التحليل النفسي ، والفهم الدينامي للسلوك.

٧-أن الاختبار ، قياسيا كان أم كلينيكيـــا ، لا يقــدم لنـــا إلا معطيـــات جزئية ، ويقع علي عاتق النظرة الكلينيكية أن تضطلع بتحديد مكـــان هذه المعطيات من الكل وباستخلاص ما " للأداء " من دلالة ، تمامـــا كما اضطلعت هذه النزعة ، بتحديد التعليمات الخاصة بالاختبار .

وفي الجملة ، سواء تعلق الأمر بالبحث أو بالتطبيق ، فان القيـــاس النفسي الخالص ، يكون من العقم إلي درجة تزيد عما يكون عليه علـــم النفس الكلينيكي الخالص من " عدم التسلح " فكل بحـــث وكـــل تطبيـــق سيكولوجي عياني يستعين بالنظرة الكلينيكية وبالمنهج الكلينيكي . ومـــن ناحية أخرى ، فان علم النفس الكلينيكي يزيد من فاعليته حين " يتسـلح " بالمقاييس . وعلى هذا النحو فقط يستطيع الكلينيكي وأخصائي القيلس أن يلتقيا وأن يتعاونا .

التنبؤ في الطريقة الإكلينيكية:-

من الواضح أنه يصعب فصل التنبؤ عـــن كـــل مـــن التشـــخيص والعلاج ، ويهدف التنبؤ إلي تقدير احتمالات تطور المرض أو المشـــكلة ومدى الاستجابة لعلاج معين .

هذا وأهم العوامل التي يفيد فحصها في عملية التنبؤ عـــن تطـــور المرض وتقرير نوع العلاج ، بالإضافة إلي الاختبارات الســـيكولوجية ، تتمثل فيما يلي :

١- **الحالة الجسمية:-**

قد تكون الحالة الجسمية عاملا في تقرير الحدود التي يمكن أن تصل إليها المحاولات العلاجية ، ولذلك فإن إجراء فحص طبي قد يكون ضروريا لتقرير امكان وجود أي اضطراب عضوي ومدي نوع تأثيره علي المرض ، وحتي في الحالات التي لا تؤثر فيها العوامل العضوية تأثيراً مباشراً في الحالة العقلية ، فإن سوء الحالة الجسمية أو إزمانها قد تشكل عائقا خطيرا في تقدم العلاج النفسي .

٢- **بيئة المريض :-**

قد تكون التعديلات الممكن إحداثها في بيئة المريض من العوامل الهامة التي تحد من تأثير العلاج ، وذلك إذا اضطر المريض للمعيشة في بيئة لا يشعر فيها بالأمن ، أو إذا لم يكن هناك فريق لتحسين العلاقات العائلية أو الزواج غير الموفق أو تذليل الصعوبات المالية ، أو تعذر العثور علي عمل مناسب أو تحسين علاقات العمل . وبينما قد يكون من الممكن إحداث بعض التغيير في أولئك الذين يتعين علي العميل العيش معهم ، إلا أن إحداث التغيير في البيئة كلها يكون عادة أمراً متعذرا ، وفي هذه الحالات تكون الدلالة التنبؤية سيئة وبخاصة إذا كان لهذه المتغيرات التنبؤية دورها في نشأة وتطور المرض أو المشكلة وقد يتطلب الأمر أحيانا تغيير المريض إذا سمحت الظروف بذلك ، وإذا قدر أن يكون لمثل هذا الاجراء تأثير علاجي طيب.

٣- **عمر المريض:**

وله أهميته في تقدير إمكانيات العلاج ، وقد وجد في العلاج عن طريق التحليل النفسي الكلاسيكي ، أن المرضي بعد أواخر الأربعين لا يستجيبون استجابة طيبة للعلاج ، وذلك لأن الطريقة تتطلب الرجوع

إلي الماضي البعيد ، وعلى ذلك يتسع مدي ما يتعين فحصه من مادة سيكولوجية .

وفي كل طرق العلاج ، يتطلب الأمر تغييرا وتعلما جديدين ، وحيث أن الشباب وصغار الراشدين يسهل عليهم إحداث التغيير وتعلم الجديد ، فإن صغر السن من العوامل التي تحسن التنبؤ ، ولا يعني ذلك أن كبار السن من الناس الذين يتعذر علاجهم ، ولكنه يعنى فقط أن التنبؤ يكون أحسن لمن هم أصغر سنا حيث أنهم أكثر قابلية للتغيير، هذا إذا تساوت الظروف بالطبع ، والأطفال الصغار يتأثرون تأثيرا كبيرا ببيئتهم القريبة وبخاصة البيئة العائلية ، ومن ثم ، فإنه في كثير من الأحيان يتعين علاج الطفل والبيئة في وقت واحد ، وقد يتضمن ذلك علاج الوالدين أو نقل الطفل إلي بيئة أنسب له .

٤-الذكاء والتعليم :

يجب أن ندخل في اعتبارنا ذكاء المريض وتعليمه في تقييمنا لقابليته للعلاج ، ولا يعني ذلك أنه كلما ارتفع الذكاء والمستوي التعليمى ، تحسن التنبؤ ، الا أنه بالنظر إلي أن الكثير من العلاج يتضمن استخدام اللغة ، فان حدا أدني من القدرة على استعمال اللغة والاستجابة لها يكون ضروريا ، ومن ناحية أخري ، فان الأشخاص من محدودى الذكاء قد يمكن مساعدتهم في العلاج عن طريق إظهار العطف والطمأنينة.

ويمكن القول بعامة ، أنه بقدر ما يكون لدي المريض من أسباب الحياة ودواعيها ، بقدر ما يكون التنبؤ جيداً ، فالصحة الجسمية والقوة والجمال والذكاء والتعليم والاستعدادات الخاصة والمركز الاجتماعي والثروة والمهنة والعلاقات الجيدة ، كل هذه على العموم من شأنها تيسير

الاستجابة للعلاج . إلا أن هذه العوامل رغم ذلك ، يجب أن تقيم من حيث معناها في نظر المريض ، وهذا المعني الشخصي هو المهم ، وفي كل حالة ، تتفاوت هذه العوامل في معناها وفي أهميتها بتفاوت حاجات المريض وظروفه .

٥-القابلية للمواءمة :

وهي تتضمن دراسة الطرق التي يجابه المريض بها المواقف الجديدة في الحياة ، ويمكن استقراء درجة هذه القابلية من استقراء تاريخ حياته ، وبخاصة استجابته لمواقف مثل الفطام والخبرات المدرسية الأولى والبلوغ والانتقال من خبرة جديدة وخبرات العمل الأولى والوفيات في العائلة والخبرات الجنسية والزواج ... الخ ، وعن طريق هذه الدراسة يمكن تقييم قدرة الأنا علي التكامل .

٦-ظروف الاضطراب:

إذا تركز الصراع الذي يواجهه الفرد في مجال واحد ، فان فرصته للاستفادة من العلاج تكون أحسن من الفرصة المتاحة لغيره ، كما أنه من المهم معرفة الظروف التي نشأ فيها الاضطراب ومداه ودرجة التكيف الناجح في أوقات الصحة ، فمثلا إذا كانت ظروف الشخص مناسبة ، وكان تكيفه رغم ذلك ضعيفا ، فإن التنبؤ لن يكون مشجعا ، وكذلك فإن المريض الذي يبدأ اضطرابه في مرحلة مبكرة ، ويلازمه هذا الاضطراب بصورة مستمرة ، يغلب أن تكون لديه عادات وأساليب استجابة يصعب تغييرها ، كما يعصب تعليم المريض نفسه أساليب جديدة ، ويشير استمرار الاضطراب إلي أن دوافعه قوية ، وهذه علاقات تنبؤية سيئة .

٧-قوة التنبؤ إلي طلب العلاج:

يكون التنبؤ أحسن في حالة المريض الذي يتوفر لديه دافع قوي لتحسين حالته ، فينشد العلاج بنفسه بدلا من أن يدفع إلي ذلك دفعا ، وبالمثل فان الاستعداد والعزم على التضحية للحصول على العلاج ، يكون التنبؤ به وطيب.

٨-تأثير الأعراض:

وهو تأثير يمتد إلي كل من الدافع لدي المريض إلي العلاج إلي فرص النجاح أمام المعالج ، فمثلا إذا تلقي المريض بالشلل الهستيري تعويضا ماليا عن مرضه ، فقد يقل عنده الدافع للعلاج .

وهذه العوامل السابقة والتى يمكن أن نعرف الكثير عنها من بيانات دراسة الحالة ونتائج الفحوص الطبية ، يتعين النظر إليها في تفاعلها معا وفي ضوء نتائج الفحوص السيكولوجية .

ولتوضيح ذلك نذكر حالة طفل فصامي ، يتعين دراسة بيئة الطفل بعناية لتقرير ما إذا كانت مصلحة تتطلب بقاءه في المنزل مع عائلته أم تتطلب ايداعه في مكان آخر مثل مستشفى تخصصي للأطفال ، أو لدى عائلة بديلة مع تلقي العلاج الخارجي المناسب من معالج مؤهل للعمل مع الأطفال المرضي ، كما أنه من الضروري توجيه الوالدين أو الوالدين البديلين حتي يمكنهما التعاون في تنفيذ الخطة العلاجية ويختلف نوع العلاج وتواتر الزيارات للمريض إلي غير ذلك من عوامل في حالة الطفل الذهاني عن الطفل غير الذهاني . ولذلك فإن موضوع التشخيص الفارق يكتسب أهمية فائقة في الحالات الذهانية ، وبخاصة في الحالات الغامضة وهي الحالات التي يمكن أن يسهم فيها اختبار الرورشاخ (إحدى الاختبارات التشخيصية للشخصية) في الكشف عن دينامياتها

وتحديد ما إذا كانت هناك دلائل عن وجود عمليات مصاحبة أوعدم وجودها ليس بقصد تصنيف الطفل إلي فصامي أو غير فصامي – ولكن بقصد تحديد نقاط القوة والضعف في بيان وظائف شخصيته وبقصد تقويم التقدم العلاجي وتقرير موعد انهائه .

والخلاصة :

تمثل مشكلة التنبؤ ميدانا يزداد فيه الاعتماد علي جهود الأخصائي النفسي الإكلينيكي ، وهو في هذا المجال يعتمد علي حسه الإكلينيكي المدرب ، وعلي تقييمه لقوة الأنا ، وعلي عدد من المؤثرات التي تعينه في إطار النظرية التي يهتدي بها في تحديده الصفحة النفسية التي يتنبأ بأن صاحبها قابل لعلاج نفسي من نوع معين ، فمثلا قد ينصح بعدم وجود العلاج التحليلي في الحالات التي تبرز في استجابتها للأساليب الاسقاطية العمليات الأولية أو الأنواع البدائية من التفكير ، وعلي العكس فان غالبية الإكلينيكيين يعترفون أن الكبت الشديد ، كما يتمثل في نتائج الاختبارات ، يشير إلي أنواع العلاج التي تستخدم فيها الأساليب الكاشفة .

وكذلك فان الكثير من الاضطرابات الذهانية يصعب علاجه علي أساس إمكانياتنا الحالية ، والمصابون باضطرابات الخلق التي تتسم بميكانيزمات التفعيل (التنفيس عن النزعات الاعتدائية بالتنفيذ) . والتدبير والإسقاط يسهل فهم حالاتهم ، ولكن يعصب تكوين علاقات علاجية معهم ، أما حالات القلق العصابي فإنها تستجيب غالبا للعلاج ولكي يستطيع الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يقوم بدوره في التشخيص والتنبؤ بفعالية ، فإنه يتعين أن يكون واعيا بديناميات شخصيته واحتمالات انعكاساتها في تطبيقه للطريقة الإكلينيكية ، ومن

المفيد أن يكون قد خضع لتحليل شخصي أو لنوع من كف البصر بالذات.

الفصــــل الثـــالث

أهم الطرق والأدوات التي يستخدمها الإكلينيكي في الدراسة والتشخيص

- دراسة الحالة .
- الملاحظة.
- المقابلة الإكلينيكية .
- الأحلام وميكانيزماتها .
- الهفوات والأفعال العارضة .
- المقاييس والاختبارات النفسية.

مقدمة :

يعتمد التشخيص النفسي علي استخدام ملاحظة المريض ومقابلته وتطبيق الاختبارات النفسية المتعددة ، ويتضمن تقويم السلوك العام ، والقدرات ، وتنظيم الشخصية ، ففي الغالب ما يقدم وصف مختصر لسلوك المريض مشيراً إلي وجهاته وعاطفته وما يشعر به من هلاوس وهذيانات ، والسمات الشخصية العامة ، وذلك عند دخول المريض المستشفي العقلي ، وبعد ذلك تتم الملاحظات المفصلة على نشاط المريض في العنبر ، ومن خلال جلسات المقابلة الدورية ، ولتسهيل الحصول علي هذه الملاحظات تصمم مقاييس التقدير بما يساعد الباحث على توضيح ما إذا كانت السمة موجودة أو غير موجودة ، وعلي درجة وجودها أو سيطرتها .

ويمكن الإشارة إلي أهم أدوات الكلينيكي علي النحو التالي :

- دراسة الحالة .
- المقابلة الكلينيكية.
- الملاحظة.
- الأحلام وميكانيزماتها.
- الهفوات والأفعال العرضية .
- المقاييس والاختبارات النفسية .

أولا: طريقة دراسة الحالة

إن طريقة دراسة الحالة هي الطريقة التقليدية في معظم بحوث علم النفس الإكلينيكي وهي أساساً استطلاعية في منهجها ، وتركز علي الفرد بهدف التوصل إلي الفروض.

وتعتبر دراسة الحالة الوعاء الذي ينظم ويقيم فيه الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن الفرد عن طريق المقابلة والملاحظة والتاريخ الاجتماعي والفحوص الطبية والاختبارات السيكولوجية.

وتدور دراسة الحالة حول الكائن الإنساني في تفرده وهي الطريقة المفضلة لدي الإكلينيكي .

والمادة التاريخية هي مصدر هام جدا لجمع المعلومات عن المريض ، ويجب أن تتضمن هذه المادة كل ما يمكن جمعه عن المريض من معلومات ، ويجب التفرقة بين تاريخ الحالة ودراسة الحالة.

وقد أوضح زهران الفرق بينهما أن دراسة الحالة تعتبر بمثابة قطاع مستعرض لحياة الفرد ، أي أنها دراسة استعراضية لحياة العميل تركز علي حاضر الحالة ووضعها الراهن .

بينما تاريخ الحالة يعتبر بمثابة قطاع طوالي لحياة العميل يقتصر علي الماضي ويختص فقط بماضي الحالة ، (وإن لم يحل الحال من نظرة علي الحاضر وتطلع إلي المستقبل وذلك من باب ربط الأحداث أو الخبرات) أنها دراسة تتبعية لحياة العميل.

وبلغة أخرى فان الفرق بينهما يتمثل في أن دراسة الحالة : وتعني المعلومات التي نجمعها في الحاضر عن المريض بما فيها المقابلات الإكلينيكية ونتائج الاختبارات .

تاريخ الحالة : وتعني كافة المعلومات التي نجمعها عن المريض ، وتاريخ المرض الحالي أو الأمراض التي تشكل التاريخ الطبي للمريض ، وهو مشتق من الطب النفسي والعقلي ، وبدخول الأخصائي النفسي إلي العيادة اتسع مصطلح تاريخ الحالة فأصبح يشمل التاريخ الطبي والتاريخ الاجتماعي للشخص ، مدعمين الوثائق الشخصية وبيانات الاختبارات السيكولوجية ونتائج المقابلة العيادية موضوع دراسة اجتماعات فريق العيادة ، وهكذا فإن مصطلح دراسة الحالة يستخدم للإشارة إلي عمليات جمع البيانات وإلي البيانات نفسها وإلي استخدامها كلينيكيا.

وبالرغم من أن طريقة دراسة الحالة تستخدم اليوم في ميادين متعددة ومتنوعة مثل دراسة النمو في علم النفس الارتقائي ، ودراسة التغير الاجتماعي ، ودراسة الجريمة والانتحار والابتكارية والاستجابة للكوارث ، والمواقف غير المألوفة ، إلا أن الاهتمام الرئيسى للأخصائي النفسي الإكلينيكي ينصب أساسا علي استخدام الطريقة في فهم السببية في المرض النفسي والعقلي .

وتاريخ الحالة هو قصة شخص واحد ، قد نصل منها إلي انطباعات أو فروض أو نقط بداية لمواصلة البحث ولكن يصعب التعميم منها أو التحقق من صدقها تجريبيا .

ويدعو دولارد إلي الأخذ بدراسة الحالة بوصفها منهجا علمياً ، وذلك في ضوء سبعة محكات هي :

- النظر إلي الفرد بوصفه عينة حضارة معينة .
- فهم دوافع الشخص في ضوء مطالب المجتمع .
- تقدير الدور الهام للعائلة في نقل هذه الحضارة.
- إظهار الطرق التي تتطور بها الخصائص البيولوجية للفرد إلي سلوك اجتماعي والتفاعل مع الضغوط الاجتماعية .
- النظر إلي سلوك الراشد في ضوء استمرار الخبرة من الطفولة إلي الرشد .
- النظر إلي المواقف الاجتماعية المباشرة بوصفها عاملا في السلوك الحاضر وتحديد أثرها علي وجه الخصوص .
- ادراك تاريخ الحياة من جانب الإكلينيكي بوصفه تنظيماً مضاداً لسلسلة من الحقائق غير المرتبطة.

هدف دراسة الحالة: يستهدف دراسة الحالة إلي الوصول إلي فهم أفضل للعميل وتحديد وتشخيص مشكلاته وطبيعتها وأسبابها واتخاذ التوصيات الإرشادية والتخطيط للخدمات الإرشادية اللازمة ، والهدف الرئيسي لدراسة الحالة هو تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها (وتركيبها وتجميعها وتنظيمها وتلخيصها ووزنها كلينيكيا) أي وضع وزن كلينيكي لكل منها ، فمثلا قد يكون هناك معلومة أو خبرة لها وزن كلينيكي أثقل من الوزن الكلينيكي لعشرات المعلومات الأخري (زهران)

مصادر المعلومات في دراسة الحالة:

١-الملاحظة الكلينيكية للعميل خلال المقابلة والفحص السيكولوجي وملاحظات الآخرين الذين يعرفون العميل .

٢-البيانات الكمية والكيفية المتمثلة في نتائج الفحوص الطبية والمعملية والاختبارات السيكولوجية .

٣-البيانات التاريخية المستمدة من السجلات والوثائق والمقابلات وتشمل : التاريخ العائلي والشخصي والاجتماعي والمهني والتعليمي ، وهي البيانات التي تلقي ضوءا علي نشأة مشكلات العميل وأصولها.

والمريض واحد من مصادر المعلومات في دراسة الحالة ، فيطلب منه أن يكتب تاريخ حياته بنفسه ، أو يكتب ما يعن له عن نفسه في حرية دون قيد ، وكذلك يدرس ما قد يكون له من إنتاج أدبي أو فني ومذكرات ورسائل ، وقد يستطيع المريض أحيانا أن يقدم معلومات يوثق بها عن جوانب في تاريخ حياته .

والميزة الأساسية لاستخدام الوثائق في العمل الإكلينيكي هي أنها تيسر لنا أن نري الناس كما يرون أنفسهم ، ولكن من الضروری التأكد من أن قادة الوثيقة تتحدد بشخصية الكاتب وحده ، وفي هذه الحالة يمكن أن تكشف الوثيقة في مجال الخبرات الداخلية ، ما تكشف عنه أساليب الملاحظة في مجال السلوك الظاهر أي أنها تكشف للباحث عن الحياة كما يعيشها الشخص دون تدخل من الباحث ، ألا أن المريض نظراً لمرضه ، لا يكون واعيا بدلالة جوانب أخري من تاريخ الحالة ، وقد تكتب بعض الذكريات لما ترتبط به من شحنات انفعالية قوية ، وقد تحرف بعض المعلومات عن عمد في بعض الحالات ، ويمكن ملاحظة وتسجيل الكثير من أفعال المريض وأقواله وما يصدر عنه من سلوك خلال اللعب أو مواقف الاختبار وغير ذلك من المواقف .

وقد نحصل على الكثير من المعلومات عن المريض من مصادر أخري مثل أفراد عائلته وأصدقائه ومدرسيه ورؤسائه أو زملائه وأطبائه المعالجين ، ومن السجلات المدرسية والطبية وسجلات جهات العمل والمحاكم والهيئات والأندية ومذكرات الأم عن طفلها ، ومعظم هذه المعلومات يغلب أن يكون الأخصائي الاجتماعي هو المسئول عن جمعها بمختلف الوسائل ، وليس من المستبعد أن يحرف الآباء والأمهات المعلومات عن المريض ، ولذلك فإنه من المفيد دائما المقارنة بين المعلومات التي نحصل عليها من مصادر مختلفة وفي كل الحالات ، فإنه يتعين علي القائم بدراسة الحالة أن يحدد ما إذا كانت المعلومات حقائق ثابتة لا يرقي إليها الشك ، أم احتمالات يوجد ما يرجحها ، أم ممكنات لا يتوفر الدليل عليها ، ولكن الصيغة الكلية للحالة لا تنفي إمكانية صحتها .

ويختلف الرأي حول مدي الحاجة إلي الالتزام باطار أو مخطط محدد في دراسة الحالة ، فمن ناحية يري البعض أن الالتزام بمخطط محدد قد يقيد حرية دارس الحالة المعنية فيلتزم بجمع بيانات ليست لها دلالة ، بينما يفوته جمع البيانات ذات الدلالة ، ويري البعض الآخر أنه من المفيد الالتزام بخطة موحدة مع ترك الحرية للباحث في الإضافة، أو في الحذف ، إلا أن هناك حداً أدني من المعلومات يتعين توفرها في كل الحالات .

وفي كل الحالات فإن الطالب أو الإكلينيكي المبتدئ يحسن صنعا إذا بدأ باستخدام إطار معين متفق عليه مع احتفاظه بالطابع الدينامي لدراسة الحالة ، كما أنه يتعين عليه التثبت من الخبرات الماضية بدلا من افتراضها ، وكذلك يتعين عليه التفرقة بين البيانات والتفسير في

إطار نظري معين ، فلا يحرف البيانات كي تتفق مع الإطـار النظـري الذي يهتدي بهديه.

والإكلينيكي المتمرس يدرك أن كل ما يجمع من بيانات عن الحالـة ليس أكثر من مادة خام عقيمة للتشخيص لا تكتسب أي معنـي إلا عـن طريق الربط والتكامل بينها بصورة منظمة في إطار كلي أو في نظـام متكامل لا تناقض فيه ، إذ أنه بـدون هـذا الإطـار النظـري ، فـإن الإكلينيكي لن يكون أكثر من فني أو حرفي .

نموذج لدراسة الحالة :

أولا: البيانات المميزة للحالة.

ثانيا: الخلفية التاريخية:

أ- بيئة العميل.
ب- النمط العائلي .
ج- التاريخ الشخصي.
د-التاريخ التعليمي.
ز-التاريخ المهني.
و-التاريخ الجنسي والزواجي.
ز-التاريخ الطبي.
ح- الاهتمامات والعادات الأخري.

ثالثا: نشأة وتطور المرض .

رابعا: المظهر الحالي والسلوك العام.

خامسا: القدرة علي التركيز.

سادسا: محتوي التفكير.

سابعا: الحالة الانفعالية.

ثامنا: الوظائف الحسية والقدرات العقلية.

تاسعا: الاختبارات السيكولوجية التشخيصية.

عاشراً: الفحوص الطبية والمعملية. (لويس مليكة).

ثانيا: الملاحظة العلمية

تعني الملاحظة العلمية المراقبة المقصودة لرصد ما يحدث وتسجيله كما هو . ويميل بعض المحدثين من العلماء إلي أن يمتد بمعني الملاحظة حتي تشتمل علي الطرق المستخدمة في استثارة أنواع من السلوك الذي يهم الباحث معرفته ودراسته . لكن هذه الاستثارة تعد خروجا علي المواقف الطبيعية المراد دراستها ، لأنها افتعال للأحداث وتدخل في مجري الحياة الطبيعية . وقد يكون لتدخل الباحث بهذه الصورة أثر في اختفاء بعض الظواهر ، وظهور ظواهر أخري تبعد الموقف كله عن الموضوعية المطلوبة لنقاء الظاهرة وخلوها من الشوائب والتحيز .

و لاتعتمد الملاحظة العلمية علي طريقة واحدة ، بل تعتمد علي طرق متعددة ، وتختلف هذه الطرق تبعا لاختلاف موضوع الملاحظة فرداً كان أم جماعة أم ظاهرة ، وتبعا لاختلاف تسجيل الملاحظات والأدوات المستخدمة وهدف الملاحظة .

وتحدد كل طريقة من طرق الملاحظة العمليات والإجراءات التي يقوم بها الملاحظ في مراقبته للظواهر المختلفة ، للحصول علي بيانات أكثر شمولاً ودقة من مجرد الملاحظة العابرة ، أو ما يمكن أن يسمي ملاحظة الصدفة .

وتشتمل هذه العمليات وتلك الإجراءات علي المعينات التي يستخدمها الباحث في تدقيق ملاحظته ، مثل الخرائط وقوائم الشطب ، والقوائم التفصيلية لأنواع السلوك المتوقع ، والدوائر التليفزيونية للحصول علي بيانات صحيحة . ولذا تتطلب الملاحظة العلمية تدريب الباحثين علي تلك العمليات ، والإجراءات ، وطرق استخدام

المعينات ، حتى تتم الملاحظة بطريقة ميسورة سهلة موضوعية دقيقة .

هذا وتعتبر المقابلات الشخصية والاستفتاءات والوثائق ، الأدوات الوحيدة التي يمكن استخدامها للحصول علي بيانات تتعلق ببعض الحوادث والوقائع . وهذا صحيح بصفة خاصة حينما نحتاج معلومات عن حياة المفحوصين الشخصية ، وأنشطة الجماعة المحجوبة عن غير أعضائها ، وكذلك الأحداث الماضية (علي أنه حينما تكون الملاحظة المباشرة ممكنة ، يفضل استخدامها علي غيرها من الأدوات . ولا يمكن للباحث أن يلاحظ بطريقة عرضية أو ارتجالية ، وإنما لابد أن يعرف بالتحديد ما الذي يركز انتباهه عليه ، وكيف يسجل ما يراه وما يسمعه وما يحسه بدقة تامة . وقد ابتكرت أدوات متعددة ، لتساعد الباحث في إجراء ملاحظات أكثر موضوعية وثباتاً.

هدف الملاحظة :

إن المهارة في الملاحظة الإكلينيكية ليست أساسية في العمل التشخيص فقط ، ولكنها أساسية أيضاً في ترشيد العلاج سواء كان فردياً ، أو جماعياً ، أو عن طريق اللعب ، الخ .. وهي أحياناً الأداة الوحيدة المتاحة للأخصائي ، وذلك في الحالات التي لا تتوافر لقياس السمة أدوات أخري وقت دراسة الحالة .

والملاحظة هي الأداة العملية في الحالات التي يتوفر فيها لدي الإكلينيكي الوقت الكافي ، أو التي لا تتطلب أكثر من تقديرات تقريبية وهي تسجل السلوك في نفس الوقت الذي يتم فيه ، فيقل بذلك احتمال تدخل عامل الذاكرة لدي الملاحظ ، إلا أن الملاحظة بالطبع ، يصعب استخدامها في بعض المواقف مثل ملاحظة الحالات العائلية أو السلوك الجنسي ، والخلاصة يمكن القول بأن ملاحظات الإكلينيكي المدرب

لعملية خلال العمل الإكلينيكي ، لا تقل في قيمتها عن أي معلومات يمكن أن يحصل عليها من الاختبار السيكولوجي ، بل إن نتائج الاختبار السيكولوجي نفسه ، يصعب تقديمها بغير ملاحظة ظروف الاستجابة والتعبيرات الانفعالية للعميل ، هذا فضلاً عن أن الملاحظة قد تكشف الكثير عن خصائص شخصية العميل التي يحتمل أن تؤثر في نتائج الاختبار.

ويستطيع الفاحص المدرب أن يلاحظ خلال الاختبار عدداً من العناصر الهامة مثل الكفاءة الحسية والحركية للعمي (الابصار ، السمع ، والضبط الحركي) ، معدل الأداء (سريع ، بطئ ، متوسط) ، الوعي بالغرض من الاختبار ، الاتجاه نحو الاختبار (متوتر ، واثق اجتماعيا) ، الاهتمام والحماس في الأداء ، التعاون أو السلبية في أداء الاختبار ، كمية الكلام واتساقه ، القدرة علي التعبير ، الانتباه ، الثقة بالنفس ، الدافع ، بذل الجهد ، المثابرة ، القدرة علي الانتقال في يسر من عمل لآخر ، الاستجابة للتشجيع والثناء ، الاستجابة للفشل ، النقد الذاتي ، السلوك الشاذ من هلوسة أو خلط فى الكلام ، الخ .

وتساعد ملاحظة هذه العناصر في الحكم بما إذا كانت نتائج الاختبار تدل علي حقيقة قدراته أم لا ، ويواجه الإكلينيكي في هذا المجال صعوبة الفصل بين الملاحظات ، والاستنتاجات من هذه الملاحظات في تفسير شخصية العميل ، فمثلا ، يصعب أن يفسر المظهر السلوكي الملاحظ أثناء تأدية الاختبار على أنه انتباه أو تركيز ، إلا في ضوء معلومات أخري مثل مستواه العقلي أو نتيجة الأداء في الاختبار ، وكذلك يصعب أن نستنتج أن التعاون الملحوظ في أداء الاختبار مثلا ، يمثل سمة عامة تميز المفحوص في غير ذلك

من المواقف . ويوضح ما سبق خطوة تفسير الملاحظات في فراغ بعيداً عن دراسة الحالة المتكاملة .

أنواع الملاحظة :

اشار زهران إلي أهم أنواع الملاحظة وتتمثل في :-

الملاحظة المباشرة: حيث يكون الملاحظون أمام العميل وجهاً لوجه في المواقف ذاتها.

الملاحظة غير المباشرة: مثل التي تحدث دون اتصال مباشر بين الملاحظين والعملاء ودون أن يدرك العملاء أنهم موضع ملاحظة ويتم ذلك في أماكن مجهزة لذلك .

الملاحظة المنظمة الخارجية: ويكون أساسها المشاهدة الموضوعية والتسجيل بإزاء الشخص ومظاهر ونواح سلوكية معينة دون التحكم في الظروف والعوامل التي تؤثر في هذا السلوك ، ويمكن أن تكون تتبعية لسلوك معين ، ويقوم بها أشخاص خارجيون (أي غير الشخص الملاحظ أو العميل) .

الملاحظة المنظمة الداخلية : وهذه تكون من الشخص نفسه لنفسه " التأمل الباطنى" وهي ذاتية وليست موضوعية ، ومن عيوبها أنها لا يمكن أن تتبع مع الأطفال الصغار الذين لا يستطيعون القيام بها .

الملاحظة العرضية أو الصدفية : وهي عفوية وغير مقصودة ، وتأتي بالصدفة وتكون سطحية وغير دقيقة وغير عملية وليس لها قيمة علمية .

الملاحظة الدورية : وهذه تتم في فترات زمنية محددة وتسجل حسب تسلسلها الزمني كل صباح أو كل أسبوع أو كل شهر .. وهكذا .

الملاحظة المقيدة: وتكون مقيدة بمجال أو موقف معين ومقيـــدة ببنود أو فقرات معينة مثل ملاحظة الأطفال فـــي مواقــف اللعـــب أو الإحباط أو أثناء التفاعل مع الكبار .

أضاف محمد الطيب نوع أخر هو:

الملاحظــة المشــاركة : حيـث يندمـج الملاحــظ بجماعـــة المفحوصين ويشاركهم نشاطهم الذي يقومون به ، ويندمج معهم فـــي حياتهم اليومية بقدر الإمكان كفرد من أفراد الجماعة ، وأثنـــاء ذلــك يقوم بالملاحظات وتسجيل البيانات ، ومن المفضل بطبيعة الحـــال أن يقوم بالملاحظة أكثر من باحث حتي نضمن قدراً من الموضوعية فـــي جمع البيانات .

مجالات استخدام الملاحظة:

تستخدم الملاحظة في الأبحاث الاستطلاعية والكشفية ، لتجميــع البيانات التي يختبرها الباحث بعد ذلك بطرق البحث الأخـــري ، وفـــي المراحل الأولي لتجميع بيانات الأبحاث التي تستهدف وصف الظـاهرة وصفاً دقيقاً أو اختبار الفروض اختباراً تجريبيـــاً . وتســـتخدم أيضـــاً لتجميع البيانات التي تساعد علي تفسير النتائج التي يحصـــل عليـــها الباحث بالطرق الأخري .

وكما تستخدم الملاحظة في مواقف الحياة الحقيقية اليومية ، فإنها تستخدم أيضاً في المعمل ، وبذلك تمتد مرونة استخدامها مـــن انتبـــاه الباحث للمشكلة وملاحظته لها وإحساســـه بـــها ، إلـــي مـــا تتطلـــب صياغتها من بيانات مناسبة يجمعها ويســـجلها بعـــد ملاحظتـــه لمـــا يحدث ، إلي التفصيل الدقيق لما يحدث خلال التجربة مـــن اســـتخدام

الأجهزة والأدوات ، ومدي نجاح أو فشل استخدامها وملاحظة أسباب النجاح ومسببات الفشل .

ويمتد مجال استخدامها فيما يقوم به الباحث نفسه من اشتراك فعلي مع الأفراد ، فيما يقومون به من نشاط ، فيلاحظ نفسه ، ويلاحظ الآخرين ، ويلاحظ تفاعل الآخرين معه ، ويسجل خبرته الشخصية كما يسجل ما يحدث من الآخرين ، وما يحدث لهم.

وقد يشترك الملاحظ أيضاً بطريقة لايعرفها من معه من الأفراد ولا ينتبهون إلي أنه يلاحظ سلوكهم . وقد لا يشترك معهم ، ويقف مما يحدث أمامه موقف المشاهد ليسجل بطريقة موضوعية ما يحدث دون أن ينغمس في غمار الناس ، وغمرة الأحداث التي يواجهها .

ثبات الملاحظة:

يعرف الثبات بأنه تطابق نتائج القياس في المرات المتعاقبة ، وهذا يدل علي مدي خلو المقياس من الأخطاء . وبقاس الثبات بتطبيق أداة القياس مرة ، ثم تطبيقها مرة أخري ، تحت نفس الظروف ، وحساب ارتباط المرتين ، فكلما كان الارتباط مرتفعا كان الثبات عاليا.

ويقاس ثبات الملاحظة عن طريق ثبات نتائج الملاحظ نفسه ، وذلك بمقارنة ملاحظاته بملاحظات أفراد آخرين ، يتبعون نفس طريقته في تسجيل مشاهداتهم عن الظاهرة التي يلاحظونها .

عيوب الملاحظ :

منها ماهو متصل بعينة السلوك الذي يلاحظ ، ومنها ما هو تابع من الملاحظ نفسه . فأما ما يتصل بعينة السلوك ، فيمكن تصحيح كثير من مثاله إذا حدد الباحث بدقة خصائص المجتمع الأب الذي يشتق منه عينته ، وذلك عن طريق تعريف تفصيلي دقيق للأفراد والموقف ،

ولنوع السلوك الذي يصدر عن الأفراد في ذلك الموقف ، ولحدود العينة التي سيلتزم بها . وأما أخطاء الملاحظ نفسه فيمكن تصحيح مسارها بتسجيل الظاهرة كما تحدث ، وأثناء حدوثها ، لابعد أن ينتهي الباحث من مراقبتها ، وأن يخضع هذا التسجيل لخطة واضحة المعالم والأصول ، وأن تكون هذه الخطة من البساطة والوضوح والموضوعية ، بحيث لا يختلف في تطبيقها باحثان اختلافاً كبيراً ، بل يلتزمان بمعالمها الرئيسية وإن اختلفا في بعض تفصيلاتها.

مزايا الملاحظة:

من أهم مزايا الملاحظة المباشرة ، أنها تيسر للباحث تسجيل السلوك كما يحدث في المواقف الطبيعية . ومثال ذلك دراسة العلاقات الاجتماعية التي تنشأ بين أفراد الطبقات الاجتماعية الاقتصادية المختلفة ، وذلك عن طريق تسجيل إشارات وإيماءات وتعبيرات الوجه ، وأقوال أفراد تلك الطبقات ، حينما يجمعهم نشاط اجتماعي مشترك ، وكيف يؤثر بعضهم في البعض الآخر ، وكيف يتأثر به . ودراسة التنشئة الاجتماعية ، وذلك عن طريق سلوك الأمهات مع أطفالهن ، وما يقمن به من أفعال . وما يتفوهن من ألفاظ . وغير ذلك من أنماط السلوك التي لا يقتصر مظهرها الخارجي علي مجرد ما يقوله أفراد التجربة أو ما يكتبونه .

وكثيرا من الباحثين لا يجدون مندوحة عن الالتجاء إلي الملاحظة المباشرة ، لأن طرق البحث الأخري لا تصلح لدراسة الظاهرة التي يتصدون لها ، ومثال ذلك ما يقوم به الأطفال الصغار والحيوانات من سلوك لا ينفع معه أي اتصال لفظي بين الباحث وأفراد

التجربة ، لأن هؤلاء الأفراد لا يتكلمون ، و لايعبرون بذلك تعبيرا لفظياً عما يطلب منهم الباحث الاجابة عنه .

وتستخدم الملاحظة أيضاً في الحالات التي يقاوم فيها الأفراد الباحث ، ولا يتعاونون معه، لأنهم قد يخشون ألا يرقي سلوكهم إلي المستوي المتوقع منهم ، أو يتوجسون خيفة من البيانات التي يجمعها الباحث منهم وعنهم .

ولذا يحاول أغلب الباحثين ملاحظة السلوك وتسجيله ، دون أن يشعر الأفراد بهذه الملاحظة ، حتي يتجنب أي شوائب مصطنعة تتأي بالسلوك بعيداً عن صورته العادية الطبيعية ، وبذلك يحصل الباحث عن قطاع حقيقي لما يحدث في حياة الأفراد اليومية.

خطة الملاحظة:

يعد الباحث خطة لما سيلاحظ . وتبدأ هذه الخطة بإعداد قائمة يبين فيها الباحث بوضوح حدود كل سلوك سيلاحظه . فالإنسان لا يلاحظ لمجرد الملاحظة ، بل يلاحظ أشياء يتطلبها البحث الذي يقوم به ، وذلك لأن الأمور التي يمكن أن تلاحظ كثيرة ومتعددة ، لكن بعضها يتصل بموضوع البحث ، والبعض الآخر لا يتصل به . وتعتمد عملية إعداد موضوعات قائمة الظواهر التي ستلاحظ علي أمور متعددة . **أولها** الإطار النظرى الذي يعتمد عليه البحث **وثانيها** الفروض التي يصوغها الباحث لاختبارها . **وثالثها** ارتباط ما يلاحظ ارتباطا رئيسيا بموضوع البحث . **ورابعها** ارتباط كل موضوع يلاحظ ببعضه البعض ارتباطا ضعيفا ، حتي تمتد الملاحظة لأوسع مدي من مجالات مشكلة البحث ، وذلك لأن اقتراب موضوعات قائمة الملاحظة وشدة ارتباطها ، يقصر مجالها علي أبعاد قليلة من أبعاد المشكلة ، ويحول

بينها وبين شمولها لجميع خصائص الظاهرة التي تبحث . وغالبا ما تسبق عملية قائمة الموضوعات ملاحظات تمهيدية يقوم بها الباحث ، ليجمع الظواهر التي سيقوم بها بحثه والتفصيلات التي سيعتمد عليها في بناء قائمته وغالبا ما تكون هي أكثر الأمور تكراراً فيما يلاحظ ويشاهد ويراقب .

وتلي عملية إعداد قائمة الموضوعات التي يمكن تعريفها وتصنيفها عملية اختيار فئات التصنيف حتي يمكن معالجة موضوعاتها معالجة علمية ، وبسهولة ويسر ، ولذا يستحسن أن يكون ما يسجل تحت كل فئة بسيطاً ، ولا يتضمن أكثر من سلوك واحد ، وأن يسجل بطريقة إيجابية وفي صيغة الحاضر .

أدوات الملاحظة (طرق تسجيل الملاحظة):-

أ- بطاقات الملاحظة واستمارات البحث:

كثيراً ما يعد الباحثون بطاقات الملاحظة أو استمارات البحث ، لتيسر عملية تسجيل البيانات ، ويسجل في هذه الوسائل ، مجموعة من البنود (العوامل الملاحظة والمحددة بعناية) التي تتعلق بالمشكلة ، وتجمع في فئات إن أمكن ، ويترك بعد كل بند مسافة للملاحظ ، يكتب فيها كلمات وصفية قليلة ، أو يبين وجود أو غياب أو تكرار حدوث الظاهرة . وتساعد هذه الموجهات الباحثين على تسجيل ملاحظات مختلفة كثيرة بصورة أسرع ، وتضمن عدم إغفالهم أي دليل يتعلق بالمشكلة . كما أن هذه الوسائل تميل لأن تجعل الملاحظات موضوعية ، وتمكن من تصنيف البيانات تصنيفا موحدا ، وتصمم بعض بطاقات الملاحظة ، بحيث يستطيع الباحث أن يصل إلى درجة

تمكنه من إجراء مقارنات مع بيانات أخري ، أو تحديد الحالة العامة لموضوع أو خدمة معينة.

ب- العينة الزمنية:

تتطلب طريقة العينة الزمنية ، أن يسجل الفرد تكرار الصور الملاحظة للوقائع ، خلال عدد من الفترات الزمنية المحددة ، الموزعة توزيعاً منتظماً ، وفيما يلي مثال مبسط لتوضيح هذه الطريقة . إذا أراد مدرس أن يعرف أنواع الأنشطة التي يشارك فيها تلميذ ما ، فإنه يسجل صور السلوك الملاحظ التي يقوم بها التلميذ ، خلال فترة خمس دقائق معينة في حصة التاريخ كل يوم لمدة أسبوعين ، وقد يرغب المدرس في رصد حدوث شكل واحد محدد تحديداً موضوعياً من أشكال السلوك أو عدم حدوثه مثل " تكرار المشاركة في الدرس " بدلاً من تسجيل كل شيء يقوم به التلميذ. فلكي يحصل علي مثل هذه البيانات ، قد يلاحظ التلميذ في عدد محدد من الحصص الموزعة علي عدة أيام أو أسابيع ، ويسجل كل مرة يساهم فيها التلميذ في مناقشة الدرس. ويعتمد طول فترة الملاحظة علي طبيعة المشكلة وبعض الاعتبارات العملية ، مثل إمكانية الحصول علي المفحوصين طوال فترة الملاحظة. وقد دلت البحوث بصفة عامة ، علي أن الملاحظات القصيرة المتعددة الموزعة توزيعاً جيداً ، تعطي صورة أكثر مطابقة للسلوك ، من فترات الملاحظة القليلة في عددها ، والتي تستغرق كل منها زمناً طويلاً.

والعينة الزمنية طريقة قيمة ، لأنها تسمح بالتعبير الكمي مباشرة عن حالات السلوك الملاحظة. إذ بإجراء سلسلة من الملاحظات في نفس اليوم ، أو في أيام متتالية ، أو في فترات زمنية محددة ، يمكن الحصول علي درجة تبين عدد المرات التي أظهر فيها المفحوص شكلاً معيناً من

أشكال السلوك ، خلال كل فترة ، وخلال العدد الكلي للفترات ، وتخضع هذه الدرجات الناتجة للمعالجة الإحصائية بسهولة.

جـ- اليوميات السلوكية والسجلات القصصية:

تستخدم أحياناً في جمع البيانات ، طرق أقل شكلية. فإذا اشترك تلميذ في حادث هام داخل حجرة الدراسة ، أو الصالة ، أو المطعم ، أو في أي موقف آخر ملموس. قد يكتب الباحث تقريراً واقعياً عن المفحوص أو فعله ، ويدون تاريخ الواقعة ، ويصف الموقف الذي حدثت فيه. وبعد تجميع سلسلة من هذه الملاحظات المباشرة لسلوك هام خلال فترة زمنية معينة قد يتجمع لديه بيانات كافية تبصره بنمو المفحوص وتطوره وتكيفه.

ومهما يكن ، فإن قيمة السجلات القصصية تصبح ضئيلة ، إذا لم يكن الملاحظون قادرين علي تسجيل الوقائع المناسبة بطريقة موضوعية. فبعض الباحثين يرتكبون خطأ تجميع البيانات السلبية فقط ؛ وآخرون يسجلون تعميمات مهمة عن الواقعة أو تفسيرات ذاتية لها ، بدلاً من تسجيل ما قاله المفحوص أو ما يفعله بالضبط. وأحياناً يصدر الباحثون تعميمات عن سلوك المفحوص ، قبل أن يجمعوا بيانات كافية عنه. وأكبر نقط الضعف في الأسلوب القصصي ، أنه يتطلب وقتاً طويلاً لتسجيل البيانات وتحليها وتفسيرها.

د- الآلات الميكانيكية:

حينما يصف عدد من الملاحظين نفس الواقعة ، فإن تقاريرهم غالباً ما تختلف ، نتيجة لتحيزهم الشخصي ، أو إدراكهم الانتقالي ، أو اندماجهم الانفعالي ، أو أخطاء الذاكرة. ولما كانت الآلات الميكانيكية لا تتأثر بهذه العوامل ، فإنها يمكن أن تحصل علي تسجيل دقيق

للواقعة. فالأفلام والتسجيلات مثلاً ، تحفظ تفاصيل الواقعة في صورة يمكن إعادتها ، بحيث يمكن أن يدرس الوصف الكامل لحدوثها بواسطة الباحث مرات متعددة وبعمق ، كما يمكن مراجعتها أيضاً بواسطة الباحثين الآخرين. وقد استخدمت الأفلام في تحليل استجابات الجمهور ، وفي عمل تحليلات ، فعن طريق العرض البطيء للأنشطة المعقدة التي لم يكن من المستطاع دراستها في الظروف الطبيعية ، ولتخدم في تحقيق أغراض أخري عديدة. وبعض الوسائل الميكانيكية لا تعطي فقط وصفاً موثوقاً به لما يحدث ، وعما تسجله أيضاً في صورة كمية. فمثلاً يقيس الدينامومتير (dynamometer) قوة قبضة اليد ، ويسجل الالكتروميوجراف (electromyograph) تكرار نشاط العضلة وشدته ومدته. وفي بعض التجارب تضبط بعض الآلات مصدر المثير ، بدلاً من قياس استجابات المفحوصين. فمثلاً ينظم الابسكوتستر (episcotester) شدة الضوء المنبعث من مصدر ما. وقد أعدت مئات من الآلات الميكانيكية ، *ولابد للباحث من أن يكون علي ألفة بتلك* الآلات التي تستخدم في ميدانه.

ورغم أن الآلات الميكانيكية قد تنتج بيانات أكثر دقة وثباتاً من الملاحظين الآدميين ، إلا أن لها حدوداً معينة. فهي يمكن أن تستخدم في التجارب المعملية المضبوطة ضبطاً دقيقاً ، بصورة أسهل من الدراسات التي تجري في المواقف الطبيعية ، مثل حجرة الدراسة. إذ أن وجود الآلة يغير أحياناً من سلوك المفحوصين ، مما يترتب عليه ألا يحصل الباحث علي قياس دقيق لسلوكهم العادي. كما أن المال والوقت اللازمين لإعداد آلة ، واستخدامها ، والمحافظة عليها ، قد يكون معوقاً آخر. ولكل من الآلات البسيطة والمعقدة مشكلاتها. وبطبيعة الحال ، لا يمكن

أن تعطي الآلات الدقيقة والجيدة في تصميمها بيانات يعتمد عليها ، إذ لم تستخدم ويحافظ عليها بطريقة سليمة. هذا بالإضافة إلي أن تصنيف البيانات المجموعة بواسطة الآلات الميكانيكية تصنيفاً يكشف عن العلاقات الهامة ، ليس بأسهل من تبويب البيانات التي تحصل عليها من أدوات أقل تعقيداً.

نموذج:

كراسة ملاحظة لتقدير سمات الشخصية ومميزات السلوك الاجتماعي: وهي من إعداد الدكتورين عطيه محمود هنا ومحمد وعماد الدين إسماعيل. وهي تتكون من ستة أقسام هي:

أ- البيانات العامة المميزة للمفحوص ولأسرته.

ب- الحالة الجسمية العامة والخاصة.

جـ- القدرات العقلية والتحصيل المدرسي.

د- سمات الشخصية ومميزات السلوك الاجتماعي.

وهو القسم الرئيسي في البطاقة ، ويعتمد علي تقدير القائم بالملاحظة للمفحوص ، في فئة من خمس فئات لتقدير كل سمة شخصية أو سلوك اجتماعي مما يلي:

١- العناية بالمظهر الخارجي.

٢- المبادأة.

٣- الانفعالية (الثبات الانفعالي).

٤- الضبط.

٥- المرح.

٦- المشاركة الوجدانية الإيجابية في حالة السرور.

٧- المشاركة الوجدانية الإيجابية في حالات الألم النفسي.

٨- المشاركة الوجدانية الإيجابية في حالات الألم الجسماني.

٩- المشاركة الوجدانية الإيجابية في حالات السرور.

١٠- المشاركة الوجدانية السلبية في حالات الألم النفسي.

١١- المشاركة الوجدانية السلبية في حالات الألم الجسمي.

١٢- الاعتماد علي الغير من الناحية العاطفية.

١٣- الاجتماع مع الآخرين.

١٤- القدرة علي تكوين علاقة مع الآخرين.

١٥- رعاية الغير.

١٦- حب الاستطلاع.

١٧- الميل إلي التملك.

١٨- التركيز.

١٩- الرغبة في المدح وحب الظهور.

٢٠- القيادة.

٢١- السيطرة.

٢٢- الطاعة.

٢٣- العدوان المادي.

٢٤- العدوان اللفظي.

٢٥- الإيثار.

٢٦- المنافسة.

٢٧- الغيرة.

٢٨- الحماس.

٢٩- الشجاعة.

٣٠- المثابرة.

٣١- الإحساس بالنقد.

٣٢- مستوي الطموح.

٣٣- تقدير الذات.

وينتهي هذا القسم بتخليص لتقديرات السمات الشخصية.

هـ- ملاحظات عامة عن الشخصية ، وبخاصة سلوك المفحوص نحو الأشخاص الآخرين ، وفي المواقف المختلفة.

و- الانحرافات النفسية ، وتشمل أعراض الاضطراب النفسي التي لوحظت خلال فترة البقاء في المدرسة أو المؤسسة أو التي لاحظها شخص موثوق به. ومن ذلك التمرد والكذب والنوبات الهستيرية والعلاقات الأسرية والمعاملة السائدة في الأسرة ، وتنتهي بخلاصة عامة عن السلوك والشخصية.

ثالثا : المقابلات الكلينيكية

التعريف:

أوضح عطوف ياسين أن العالم (ألين روس) يعرف المقابلة بأنها عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر ، الشخص الأول هو أخصائي التوجيه والإرشاد أو التشخيص ، ثم الشخص أو الأشخاص الذين يتوقعون مساعدة فنية محورها (الأمانة) وبناء العلاقة الناجحة ، فليس الهدف من المقابلة عنونة المريض أو الصاق الصفات به أو تصنيفه في فئة إكلينيكية محددة ، وأنما الهدف منها هو الكشف عن ديناميات السلوك المرضي قبل أي اعتبار ، ويتوقف نجاحها في تقديرنا علي قدرة الأخصائي في بناء علاقة دافئة ومشجعة بينه وبين المريض وهي علاقة الثقة والتواد.

وترمي المقابلة الشخصية علي تشخيص حالة المريض بتوجيه أسئلة هادفة ذات صياغة محكمة ، وبملاحظة سلوكه ملاحظة دقيقة. وفي موقف المواجهة بين الأخصائي والمريض يتمكن الأول من الحصول علي كثير من المؤشرات والعلامات التي تساعده علي دقة التشخيص.

ويؤكد العالمان شافر ولازاروس بأن الاختبارات ليست في حقيقة أمرها سوي مقابلة مقننة وليس هناك بديل للمقابلة في الخدمات النفسية فهي علي هذا المحور الأساسي فيها.

ويري العالم لانديز أن المقابلة أداة أساسية في البحوث النفسية والاجتماعية ، وبدونها لا يتمكن الباحث من الوصول إلي بيانات ذات طبيعية دينامية ، وقد استخدمها في دراسات عن السلوك الجنسي والنمو الجنسي النفسي بين الذكور والإناث.

وقد حدد العالم شيمر المقابلة في شرطي الأمانة والموضوعية ويؤكد خبراء الإرشاد والسيكولوجي (أمثال هاملتون و كارل روجوز) أن المقابلة يجب أن ترتكز علي عطاء فني وثقة متبادلة بين الأخصائي والعميل ويسودها الصدق والأمانة والمودة ، وعلي الأخصائي في المقابلة إبراز مشاعره لاسيما في الحالات التي تستدعي تعاطفا مع العميل تاركا له حرية التعبير.

وهكذا يبرز أن غرض المقابلة علي الهدف الذي يتمثل بها ومهما كان الهدف: تشخيصيا كان أم إرشاديا ، علاجيا أم استطلاعيا ، فإن جمع البيانات والفهم المتكامل لشخصية العميل هي القاسم المشترك الذي تتصدى له المقابلة بشتى أنواعها ، ويهتم علماء النفس الإكلينيكي بمدي ثبات المقابلة التشخيصية في تقييم المرضي ، وقد أثبتت دراسات العالم شميدت أن هنالك قدرا لا بأس به في ثبات المقابلة ، وكانت معاملات الاتفاق بين القائمين بالمقابلة أمثال شميدت وفوندا وغيرهما قد بلغت أكثر من ٨٠ %.

ويري الكثير من العلماء بأن المقابلة في الحقيقة هي المحك الذي يستخدم لقياس مدي صدق الاختبارات التشخيصية والصعوبة الكبرى التي تستخدم لقياس مدي صدق الاختبارات التشخيصية ، والصعوبة الكبرى التي تعتبر من عيوب المقابلة هي وجود الوقت الكافي والخبراء في فن المقابلة ، وغالبا ما تتم المقابلة في تشخيص سريع وعلي أيد تحتاج للكثير من التدريب والدراية والخبرة.

والمقابلة ليست وقفا علي الأخصائيين النفسايين ، فخبراء الإرشاد والخدمة الاجتماعية والأخصائيين الاجتماعيين يمكن أن يؤدوا دورا بارزا في المقابلة. وقد يلجأ الأخصائي لمقابلة أفراد لا علاقة لهم

بالحالة لتزويده بمعلومات ترتبط بالمشكلة التي يحاول دراستها ومعالجتها.

وقد حذرت هيلين بيك في كتابها الارشادي حين ناقشت عملية إرشاد آباء الأطفال الشواذ ، في أنهم أثناء المقابلة يميلون لإنكار المعلومات غير السارة أو المؤلمة ، والتي غالبا ما تأتي من مصادر خفية لا شعورية ، وتقترح العالمة هيلين بيك أن يكون الأخصائي حذرا وقادرا علي اكتشاف هذه الدوافع اللاشعورية التي تعتبر عيبا من عيوب المقابلة التي لا يوجد فيها ضمان كامل ، وتشدد علي ضرورة الموضوعية عند الأخصائي في حدود الإمكان.

وفي تقديرنا أن الأمانة والموضوعية في المقابلة يجب أن تكون ذات طرفين يمثل العميل أو الآباء طرفا بها ، ويكون الأخصائي الطرف الثاني والمكمل بها.

أما العالم كانر فإنه ينصح الأخصائي عند المقابلة بعدم التسرع بالإجابة عن أسئلة أو نقاط غامضة يفضل الآباء الحديث عنها بصفة تلقائية لشعورهم أنها شئون عائلية ومن شأنهم وحدهم إدلاء البيانات والمعلومات عنها.

وتبدأ **أهمية المقابلة الكلينيكية** فيما أوضحه لاجاش من أن:

أ- الكينيكي يعين الشخص علي أن يتكيف مع الموقف ، ويجاهد كي ما يجعل طريقته ملائمة لهذا الشخص ، ويتم البحث الكلينيكي في مقابلة شخصية .

ب- الكينيكي يلاحظ استجابات الشخص في وحدتها الكلية وتفاصيلها ، وذلك في موقف حيوي وهام في دلالته ألا وهو موقف الفحص (أي أثناء المقابلة الشخصية)

ج- الكلينيكي يتخذ إطاره المرجعي من أنماط (كيفية) ذات طبيعة مثلي ، بحيث يرد الحالة إلي عدد من العلاقات العامة ، ويماثل ما بين الحالة وأحد تلك الأنماط ، مستوعبا في ذلك علي أدق نحو ممكن الخصائص الفردية للحالة .

أنواع المقابلة :

قسم زهران المقابلة بصفة عامة إلي مايلي :

١-**المقابلة المبدئية** : وهي أول مقابلة مع العميل ، وفيها يتم التمهيد للمقابلات التالية ، ويتم تحديد إمكانات المرشد وما يتوقعه المرشد والعميل كل من الآخر ، والتعريف بالخدمات الإرشادية ، والإلمام بتاريخ الحالة بصورة مبدئية عامة.

٢-**المقابلة القصيرة:** وهي مقابلة تستغرق مدة قصيرة عندما تكون المشكلة طارئة وسهلة وواضحة ، وقد تكون مقدمة لمقابلات أطول ، وقد تكون كافية وخاصة في حالات المشكلات التي يستطيع العميل بنفسه أن يحلها ، إلا أنها تفتقر إلي التفاعل والعلاقة الكافية بين المرشد والعميل .

٣-**المقابلة الفردية:** وهي التي تتم بين المرشد وبين عميل واحد فقط.

٤-**المقابلة الجماعية:** وتتم مع جماعة من العملاء كما يحدث في جماعة من الطلاب الذين يعانون من مشكلات مشتركة فيما بينهم .

٥-**المقابلة المقيدة (المقننة)** : وهي التي تكون مقيدة بأسئلة معينة محددة سلفا يجيب عنها العميل ، وموضوعات محددة مسبقا يتحدث عنها ، وتعليمات محددة يتبعها المرشد ، ومن مزاياها

ضمان الحصول علي المعلومات الضرورية المطلوبة وتوفير الوقت ، إلا أن من عيوبها الجمود ونقص المرونة.

٦-**المقابلة المطلقة (الحرة)** : وهي غير مقيدة بأسئلة ولا موضوعات ولا تعليمات محددة ، بل تكون حرة ومرنة حيث تترك الحرية للعميل تتداعي أفكاره تداعيا حرا ويعرضها بطريقته الخاصة .

وقد أشار اريكسون إلي أربعة أنواع للمقابلة طبقا للهدف هي:

أ- مقابلة خاصة بالانتقاء لوظائف معينة ، أي أن الهدف منها فحص مدي صلاحية الشخص لمهنة معينة تتناسب مع إمكاناته وقدراته ، وتتناسب في الوقت نفسه مع مطالب الوظيفة أو العمل أو نوع التعليم.

ب- مقابلة خاصة بتجميع كم من المعلومات من العميل ، وتفيد هذه المعلومات في توجيه الشخص ، أو مساعدته لاختيار ما يناسبه ، ويمكن أن يطلق عليها المقابلة التوجيهية أو الإرشادية.

ج- مقابلة خاصة باستيعاب التعليمات والأوامر الإدارية: وفيها يهدف القائم بالمقابلة إلي إعطاء تعليمات ، والالتزام باللوائح ، ومحاولة تعديل سلوك العملاء ، وتعد المقابلة هنا بمثابة مقابلة تعليمية .

ء – مقابلة خاصة بالتوجيه والإرشاد الكلينيكي : ويكون الأساس فيها هو العميل الذي يلجأ إلي الموجه أو المرشد (القائم بالمقابلة) لاستشارته فيما يعين له من قضايا أو مشكلات ساعيا وراء المساعدة وغالبا ما يتم هذا النوع في العيادات السيكولوجية .

شروط المقابلة الناجحة:

١-أن يتمكن الأخصائي من تشكيل علاقة ألفة ومودة مع العميـــل أو أفراد العينة أو المسئولين أثناء المقابلة.

٢-أن تكون كلمات الأسئلة مبسطة وواضحـــة وحســب مســتوي المجيب.

٣-يستطيع الأخصائي رفع مستوي صدق وثبات المقابلــة بإجرائــها بطرق مختلفة وفي أوقات متفرقة ، وفي أماكن متعـــددة لتكشــف كافة الزوايا المطلوبة عن الحالة أو المشكلة ، ويمكـــن تســجيل الإجابات (يدويا أو آليا) أثناء إجراء المقابلة أو بعدها ، ومـــن الأخصائيين من يفضل استخدام أجـــهزة التســجيل الصوتيـــة ، ويمكن إلي جانب المقابلة الاستعانة بتطبيق الاستفتاءات المفتوحة أو المقفلة مع المقابلة.

عيوب المقابلة:

١-ليس من المستبعد أن يقع الأخصائي أثناء المقابلة بتحيز شخصي سواء في تفسيره للمحادثة أو نظرتـــه للشـــخص الآخـــر أثنـــاء المقابلة وقد تقف فوارق الجنس واللون والدين والاتجاه السياســي والذكورة والأنوثة عوائق صعبة في وقوع الأخصائي أثناء المقابلة ضحية لتفكير مسبق وأفكار عاطفية لا تخلو من تعصب وجنـوح، وليس من السهل إنكارها أو التخلص منها ببساطة لأنها جزء مـــن شخصية الأخصائي .

٢-أثناء المقابلة يمكن الإيحاء للمجيب بنوع من الأجوبة التي يعتقد أن السائل يريد الوصول إليها.

٣-أن المجيب في معظم الأحيان قد يعطي إجابات لا تعبر عن رأيه الحقيقي إذا كان خائفا أو خجولا ، أو شاعراً بالذنب أو محاولا الاحتفاظ بكرامته وشعوره ، أو تحت ضغط من الضغوط.

٤-ان السرعة أثناء المقابلة قد تكون عاملا يهدد ثباتها وصدقها ولهذا لابد من وجود الوقت الكافي .

أسس المقابلة:

١-الإصغاء الجيد .

٢-الأسئلة الهادفة.

٣-إدراك الدوافع اللاشعورية.

٤-كشف وملاحظة التناقضات الوجدانية .

٥-التقبل المبصر.

٦-الوئام والعلاقة الحميمة المسئولة .

٧-تفسير البيانات والنتائج .

رابعا: الأحلام وميكانيزماتها

ومن المفيد أن تسأل عن الأحلام في المناسبات التي يحضر فيها المريض المنتظم في العلاج للجلسة ويعلن أنه ليس لديه ما يقوله ، فغالبا ما يحتوي الحلم الذي يتم تذكره في مثل هذه الظروف علي إشارات للمشكلة التي اعترضت تدفق أفكار المريض وحديثه .

وأوضح لطفي فطيم عدم وجود نظرية عامة مقبولة فيما يتعلق بمعني الأحلام ولكن لا يجب أن يعوقنا هذا عن الاستفادة العملية منها . واعتقد فرويد أن الأحلام تمثل في الغالب رغبات غير مقبولة لم يتم إشباعها، وأغلبها نوازع غريزية تستمد نشأتها من طفولته الحالمة المبكرة.

أضاف أنه عندما يروي المرضي أحلامهم ، قد يكون من المفيد أن نضع في اعتبارنا أن هناك أربعة طرق محتملة في النظر إليها:-

الأولي: أن بعض الأحلام تمثل بالتأكيد رغبات يغلب عليها طابع الجنس أو الطموح تماما كأحلام اليقظة.

الثانية: كثيرا ما تعمل الأحلام كمنفذ لتعريف الدوافع التي يستحيل علي الحالم التعبير عنها أو التي لا يستطيع الاقرار بها ولو جزئياً(كالدوافع العدوانية أو الجنسية تجاه المحارم أو أحلام الجنسية المثلية).

الثالثة: كثيرا ما يكون للأحلام جانب أو دور تعويضي .

الرابعة: كثيرا ما ترتبط الأحلام فعلا بالمشاكل التي يجدها الحالم والتي لم يجد لها حلا بعد .

إخراج الحلم : عند إخراج الحلم لابد من مقارنة المحتـــوي الظــاهر بالمضمون الكامن من الأحلام ، ونعلم أن هناك عمليات نفسية قد حدثـت بحيث أصبح المحتوي الظاهر تعبيرا عن المضمـــون الكــامن ، وأن الرقابة قد حالت دون ظهور المحتوي الكامن علي هيئته الحقيقية فـــي الحلم ، أي أن الرقابة قد جعلت المضمون الكامن للحلــم يلجــأ إلــي أساليب للتعبير عن نفسه ، أي أن الرقابة قد أخرجت هـــذا المضمــون الكامن في شكل خاص وهو المحتوي الظاهر .

إذن فعملية إخراج الحلم هي تحويل المضمون الكامن إلي محتـوي ظاهر (أي حلم) .

أما علمية الـــتأويل للحلم فهي عكس تلـــك الخطـــوات . وهنـــاك أساليب للإخراج عن طريق عملية التأويل ، فمن تأويل الأحلام يتبيـــن أن هناك أربعة أشكال لإخراج المضمون الكامن في محتوي ظاهر هـــي (ما يطلق عليها اسم ميكانيزمات عمل الحلم) .

١-**التكثيف** : هو أن يصبح المحتوي الظاهر أقل ثراء في عناصره مـن المحتوي الكامن الذي يعبر عنه أ وأحيانا ما تحذف أفكار كامنة من الظاهر ، وأحيانا قد تلتئم أكثر من فكرة واحدة في عنصـــر واحـد ظاهر بحيث تندمج سلسلتين من الأفكار الكامنة في أحــد عنـــاصر الحلم الظاهر ، وأحيانا ما يكون الظاهر متضمنا عنصراً مركبا مـن عدة عناصر ، فيمثل هذا العنصر عدة أفكار وتمثل عدة عنـــاصر فكرة واحدة ، كأن يكون القئ في الحلم تعبيراً عـــن التقــزز مــن الجنسية ، وفي نفس الوقت تعبيرا عن الرغبة في الحمل .

٢-**الرمزية** : بمعني استخدام الحلم للرموز كوســـيلة للتعبـــير ، هـــذه الرموز قد تكون عامة عند كل الناس (الأسد أو الذئب كرمز للأب)

وقد تكون خاصة بعينها ، وقد تكون خاصة بخبرة الفرد ، ومن الرموز الشهيرة فقدان الشعر أو فقدان البصر أو تبريد أو فقد سنة كرمز للخصاء ومن قبيل ذلك أن كل ما هو مدبب في رمزه لعضو التذكير وكل ما هو مجوف في رمزه لعضو التأنيث.

٣-**النقل أو الإزاحة**: وهي تنقسم إلي شكلين :

الأول: إما أن يبدل عنصر بعنصر تكون بينهما علاقة سطحية كما هو في التأويل الشعبي .

الثاني: هو نقل التنكيت حيث يدور الحلم الظاهر حول عنصر معين ويعطيه أهمية قصوي مؤكدا قيمته في محاولة جذب انتباه المأول أو الحالم من العنصر المؤكد الآخر ، مثلما نجد أن التوكيد ينتقل مثلا من الاستعجال في الزواج إلي الاستعجال في حجز التذاكر وما يطلق عليه حلم الكراسي .

٤-**التصوير اللدن للأفكار** : أي الإخراج المسرحي للحلم ويقصد به عودة الشخص إلي الانطباع الأصلي الذي نشأت عليه الكلمة ، فكثرة التقاليد الاجتماعية مثلا هو تعبير عن انطباعه ، فالإنسان يصور الانطباعات القديمة التي نتجت عنها اللغة لأنه لا يستطيع تصوير الألفاظ.

وفي ذلك يعبر الحلم عن المعني الذي يريده كما يحدث في الفيلم الصامت ، إذ تتتابه الصور البصرية ، ونادراً ما يتدخل الأصوات والحوار.

تفسير الأحلام:

يحتاج الحلم إلي جهد لتفسيره ، وكان فرويد يوصي بتقطيع الحلم إلي أجزاء وذلك لنطلب من الحالم مستدعيات أفكاره عن كل

جزء من الأجزاء علي حدة ، وبذلك نصل من العناصر الظاهرة في الحلم إلي المحتوي الكامن وراء كل عنصر من العناصر ، وفي التقطيع للحلم ما يخلصنا من المعني الظاهر ومن المعقولية والمنطقية الظاهر.

وقد استند فرويد في هذا المنهج باعتبار أن الحلم له محتويين :

أ- **المحتوي الظاهر** : وهو عبارة عن سرد الحلم وأحداثه كما ظهر للحالم.

ب- **المحتوي الخفي (الكامن)** : وهو عبارة عن المعني الرمزي للمحتوي الظاهر ، فمثلا رؤية ساحر لعجوز علي المحتوي الظاهري يعني رمزيا زوجة المريض أو أمه علي المستوي الكامن أو الخفي (عبد الرحمن العيسوي).

هذا ويمثل تفسير الأحلام جانبا هاما في العلاج النفسي وغالبا ما يحاول المعالج أن يمسك بدلالة الحلم ضمن سياق العملية العلاجية .

فقد يكون الحلم تعبيراً عن مقاومة للعلاج أو تعبيراً عن تغيير في الدوافع العميقة أو عن إصرار ، والمعالج في تفسيره للحلم يرجع إلي الشخصية في حاضرها وتاريخها.

الحلم المؤلم والكابوس:

ان الحلم لا ينجح في وظيفته وهي المحافظة علي النوم إلا حين ينجح النشاط الدفاعي في عمله التمويهي الذي يجعل الدوافع المكبوتة متنكرة . أما إذا فشل النشاط الدفاعي للأنا في عمله فذلك معناه فشل الحلم ، عندئذ تدخل الدوافع المكبوتة عارية صريحة فينبعث القلق في الحلم إشارة إنذار الخطر ، ويشتد القلق إلي الحد الذي يقطع النوم بيقظة مفعمة بالقلق ، مما يحدث في المخاوف الليلية للأطفال . هذا الأرق

المفاجئ وسيلة الدفاع ضد هذا الخطر ، إذ تستعيد الأنا باليقظة قوتها علي المواجهة هذه التي كانت قد ضاعت بالنوم .

وهناك أحلام أخري تكون أليمة في محتواها الظاهر بحيث يبدو من الغريب فهمهما علي أنها تحقيق لرغبة وإشباع لدافع ، من قبيل ذلك المرأة التي تري زوجها أو والدها يقوم بضربها بشكل مبرح في الحلم وتتألم وتبكي . ومن قبيل ذلك أيضا الشخص الذي يحلم قبل الامتحان أنه دخل الامتحان وظهرت النتيجة معلنة رسوبه.

في مثل هذه الحالات يتضح أن الحلم علي الرغم من طابعه الأليم، يحقق رغبة عند الشخص قد تكون حاجته إلي العقوبة بالفشل تهدئة لمشاعر ألم يعاني منها ، وقد تكون العقوبة البدنية في الحلم إشباعا للمازوشية الأنثوية عند الشخص .

وهناك أحلام أخري أليمة يصعب فهمها علي أنها تحقيق لرغبة وإشباع لدافع ، ونعني هذه الأحلام التي هي تكرار المرة بعد المرة لصدمة أو حادث صادم عاشه الشخص . من قبيل ذلك أن يحلم الجندي عدة مرات بالموقف الذي حدثت له فيه الإصابة وفقد بصره . والذي يحدث هنا هو أن الأنا تقوم في مثل هذه الأحلام بتكرار إيجابي لما سبق أن عانته سلبيا . وفي هذا التكرار ما يسمح للأنا بتحقيق إفراغات جزئية آجلة وما يتيح للنوم أن يستمر علي الرغم من التوتر الداخلي ، وفي هذا التكرار أيضا ما يحقق الألفة والتعود مما يمكن الأنا من أن تتهيأ للتكرار الفعلي في اجترارات أحلام اليقظة ، وذلك قبل المواجهة الصريحة للمواقف .

وخلاصة القول أن الحلم تحقيق لرغبة هي رغبة الأنا في النوم ، ويتحقق ذلك بتقديم إشاعات أحلامية للدوافع المطرودة ، ومن

هنا فالحلم هدفه خفض التوترات ، هذه التوترات التي يؤدي ارتفاعها بصورة مسرفة أوصدامها مع الأنا إلي القلق والكابوس واليقظة الفجائية .

خامسا: الهفوات والأفعال الأعراضية

تشتمل الهفوات والأفعال الأعراضية علي :

أ- زلات اللسان والقلم.

ب- أخطاء القراءة وأخطاء السمع .

ج- النسيان المؤقت لأسماء الأشخاص والأعلام ، والنسيان المؤقت للوعود والأعمال التي كان لها من المفروض تنفيذها .

د- الإضاعة الوقتية لشئ من الأشياء وبعض التصرفات غير الموفقة التي تتم في ظاهرها عن عدم المهارة .

والتحليل النفسي لا ينكر دور العوامل التي تعتبر في العادة مسئولة عن هذه الظواهر ، كالتعب وشرود الذهن والتهيج والخواص الصوتية للألفاظ ، ولكنه يعتبرها تفسيرات جزئية وعوامل مساعدة.

يري التحليل النفسي أن نشاط الأنا في هذه الحالات يختل بتأثير عامل طفلي ، وهذا العامل يمكن أن يكون شعوريا أوقبل – شعوريا يتعرف عليه الشخص بسهولة ، كما يمكن أن يكون لا شعوريا لا تقبله الأنا.

ويتدخل تفسير الهفوات بصورة مستمرة في العلاج بالتحليل النفسي كأن تعبر الهفوة عن رغبة الشخص في الموت أو الفشل في الوقت الذي يصر فيه علي عدم وجود هذه الرغبة عنده .

وتنحصر الأهمية النظرية لهذه الهفوات في أنها توضح الخاصة المميزة للتفسير التحليلي في أمثلة يسيرة الفهم ، مما يعين علي

استخلاص الأدلة التي تنطوي عليها المسالك في وحدتها الكلية الحالية والزمنية في إنكار لقيمة العوامل الأخرى بتأثيراتها الجزئية.

وخلاصة القول أن هناك حتمية نفسية تحكم جميع مظاهر السلوك كي تبدو وكأنها غير إرادية أو غير مرتبطة بدوافع معينة .

سادسا: المقاييس والاختبارات النفسية لقياس الشخصية

تعتبر دراسة الشخصية وتقييمها من أبرز مهمات الأخصائي الإكلينيكي لأنها تأتي مباشرة بعد قياس الذكاء من حيث الأهمية والضرورة وأبرز أنواع اختبارات قياس وتشخيص الشخصية:-

١- الاختبارات الموضوعية (السيكومترية) :

وهي اختبارات الميول والاتجاهات والقيم والعلاقات الاجتماعية.

وأهم مميزاتها:

أ- اقتصادية وقليلة التكاليف والجهد لأنها تطبق علي أساس جماعي ولأعداد كبيرة ، فهي تختصر الزمن والمجهود والتكلفة .

ب- تعتبر نسبيا حيادية وموضوعية: حيث لا يتمكن الأخصائي من التدخل بآرائه وسلطته وأحكامه ، وتظهر موضوعتيها حين تقارن بالأساليب الأخري في تقييم الشخصية.

ج- بسيطة التطبيق والتصحيح والتفسير ويمكن لتصحيحها استخدام الحاسب الاليكتروني .

د- تستخدم هذه النوعية من الاختبارات في بداية التشخيص أو العلاج كمقدمة لتكوين علاقات طيبة بين الفاحص والمفحوص .

هـ – تساعد علي الكشف السريع لكثير من النواحي ، وتمكننا من التنبؤ المضبوط إلي حد كبير .

٢- الاختبارات الاسقاطية للشخصية:

هي عبارة هي موقف مثير علي شكل جملة أو صورة يتميز بأعلي درجة من الغموض ونقص التكوين، يتعرض له المفحوص فيستجيب استجابة ، يستطيع من خلالها الفاحص اكتشاف جوانب مختلفة من شخصية المفحوص ، وتشير هذه الجوانب إلي أفكار المفحوص ودوافعه ومفاهيمة ووجداناته ودفاعاته ورغباته واحباطاته ... الخ .

وأهم خصائص الاختبارات والأساليب الإسقاطية في النقاط التالية:

أ- أن الموقف المثير الذي يستجيب له الفرد غير مشكل ، وناقص التحديد ، وأن ذلك من شأنه أن يقلل من التحكم الشعوري للفرد في استجاباته مما يترتب عليه بسهولة الكشف عن شخصيته .

ب- أن الاختبارات الإسقاطية لا تقيس المظاهر السطحية للشخصية بل أنها تتغلغل في شخصية المفحوص – بشكل غير مباشر –علي التنظيم الأساسي للشخصية والديناميكيات المؤثرة في هذا السلوك الظاهرى .

ج- أن الفرد لا يدرك طريقة تقدير استجاباته، ولذلك فإنه يكشف عن نفسه بسهولة ودون محاولة إخفاء شخصيته أو بعض نواحيها عن المختبر .

د- أن الاختبارات الإسقاطية لا تقيس النواحي الجزئية من الشخصية ولكنها تحاول أن ترسم صورة للشخصية ككل من حيث مكوناتها أو العلاقات الديناميكية بين هذه المكونات .

هـ - أن الاستجابات لا تقدر من ناحية أنها صواب أو خطأ ولكنها تقيم من ناحية دلالتها علي شخصية المفحوص ، علي اعتبار أنها إسقاطات لمشاعره ورغباته ومشكلاته علي مدرك خارجي وهو مواد الاختبار .

وهناك تقسيمات مختلفة للاختبارات التشخيصية نذكر منها التقسيم التالي :

١- **اختبارات الشخصية:**

وتنقسم إلي اختبارات الشخصية التي تهتم بقياس جانب أو أكثر من جوانب الشخصية كقياس المخاوف ، والضغوط النفسية ، والاحتراق النفسي ، واضطرابات الأكل وغيرها.

- اختبارات الميول والاتجاهات.
- اختبارات تعتمد علي التقرير الذاتي : مثل قائمة أيزنك للشخصية ، وقائمة ويلوبي للميل العصابي ، واختبار مينسوتا (اختبار الشخصية متعدد الأوجه) .

٢-**الاختبارات العقلية والمعرفية** : التي تهتم بدراسة الجوانب العقلية للفرد كالذكاء والقدرات العقلية : مثل اختبار وكسلر للراشدين واختبار وكسلر للأطفال ، واختباربينيه ، واختبار الذكاء المصور ، واختبارات القدرات العقلية .

٣-**الاختبارات الإسقاطية** : أو ما يطلق عليها الاختبارات الإكلينيكية والتي قسمها لويس مليكة [illegible]ي :

- اختبارات تعتمد علي الأسلوب البنائي التكويني ، مثل اختبارات : الكات ، والتات ، والسات (اختبارات تفهم الموضوع).

- اختبارات تعتمد علي التداعـــي : مثـل اختبـار الرورشـاخ واختبار تداعي الكلمات لربابورت .
- اختبار الرسم الإسقاطي : مثل اختبار رسم الرجل والشـجرة والمنزل H.T.B ، واختبارات رسوم الأطفال .
- اختبارات القصص : تجميع القصص ، تكوين القصص .

وسوف يتم عرض موجز لبعض هـذه الاختبـارات الشـخصية والاسقاطية .

الفصل الرابع

نماذج من أدوات التشخيص الفارقي التي يستخدمها الإكلينيكي

أولا: الاختبارات الإكلينيكية.

ثانيا: الاختبارات السيكومترية .

أولا: الأدوات الإكلينيكية

١-اختبار تفهم الموضوع للأطفال : C.A.T يعتبر هذا الاختبار وسيلة إسقاطية ، أو وسيلة للإدراك الداخلي للبحث في الشخصية وذلك بدراسة المعاني الدينامية للفروق الفردية في إدراك المثيرات المعيارية.

وقد صممت البطاقات لكي تختبر عدة مشاكل خاصة بالأطفال تدور حول مصاعب الأكل بخاصة والمشاكل الفمية بعامة ، وكذلك مشاكل التنافس بين الأخوة والأخوات ، واستجابات الأطفال حول الموقف الأوديبي ، ويرغب بيلاك من ذلك دراسة بنية الطفل ودفاعاته وديناميااته ومعالجة مشكلاته النامية ، وهذا الاختبار يهتم بالمحتوي الخاص بالاستجابة ، والكشف عن دينامية العلاقات بين الأشخاص (مثل اختبار TAT)

ويذكر بيلاك بأن هذا الاختبار ذات فائدة إكلينيكية في تحديد العوامل الدينامية التي تتصل بسلوك الطفل في الجماعة ، وفي المدرسة أو في الحضانة ، أو تجاه الأحداث داخل الأسرة.

ويتألف الاختبار من عشرة لوحات تتمثل في صور حيوانات ، ذلك لأن الحيوانات بالنسبة للطفل يمكن أن يتعامل معها بسهولة أكثر من التعامل مع الإنسان ، ويطلب من الطفل كتابة قصة عن اللوحة المرسومة أمامه.

ويجب علي الكلينيكي أن يكون ألفة وإيجابية مع الطفل قبل تطبيق الاختبار ويجب عليه ملاحظة تعبيرات الطفل وانفعالاته.

٢-اختبار تفهم الموضوع T.A.T :

ابتدع هذا الاختبار موراي ومورجان Murray and Morgan وهو اختبار إسقاطي يتكون من ثلاثين لوحة ، تشتمل كل لوحة في الغالب علي منظر به شخص. أو جملة أشخاص في مواقف غير محددة ، مما يسمح بإدراكها علي أنحاء مختلفة ، وبينها لوحة بيضاء ، بعض اللوحات خاصة بجميع الذكور ، وتحمل الرمز(BM) وبعضها الآخر خاص بالذكور فيما فوق ١٤ سنة وتحمل (M) ، بينما بعضها خاص بالذكور تحت ١٤ سنة وتحمل الرمز. (B)

وهناك لوحات خاصة بجميع الإناث وتحمل الرمز (GF) وبينما توجد لوحات خاصة بالإناث فيما فوق ١٤ سنة وتحمل الرمز (F) ، وبعضها خاص بالإناث تحت ١٤ سنة وتحمل الرمز (G) ، نطلب إلي الشخص (المفحوص) أن يبتدع قصة عن منظر اللوحة ونفهمه أن القصة لابد أن تنطوي عل ماض نتبين منه ما حدث حتى أصبح الموقف علي ما هو عليه الآن ، كما لابد وأن تحتوي القصة علي نهاية توضح ما ستنتهي إليه الأحداث.

ويري " مخيمر" أنه ينبغي أن تكون الإجابة كتابة ، لما ينطوي عليه الشطب والخطأ والتصحيح من دلالة إلي ما يمكن أن تنطوي عليه من دلالة اختيار عنوان لكل قصة ، وبالإضافة إلي ذلك ينبغي تسجيل ملاحظات عن السلوك الإجمالي للشخص ، وعن فترات التردد أو الصمت وعلامات الدهشة والتعليقات المختلفة ، ويمكن بعد الانتهاء من الاختبار أن نستوضح من الشخص ما نري ضرورة أستضاحه من نقاط ، ولابد لفهم الإجابات وتشخيص الحالة أن نطلب من الشخص الكثير من المعطيات عن تاريخ حياته ، وينبغي أن ننظر إلي الإجابات وسلوك الشخص بحسابها وحدة كلية وتدور فكرة هذا

الاختبار حول تقديم عدد من الصور الغامضة نوعا ما ، ودعوة المفحوص إلي تكوين قصة أو حكاية تتعلق بما يدور بالصورة ، وتتحدث عن أحوال الأشخاص والأحداث التي تجري فيها ، ثم يقوم الكلينيكي بدراسة ما يقدمه المفحوص ، ويحاول أن يبلغ منها ما يعتمل في نفسه من ميول ورغبات وحاجات مختلفة.

والأساس الذي يقوم عليه هذا الاختبار هو أن " القصص التي يعطيها المفحوص ، تكشف عن مكونات هامة في شخصيته علي أساس نزعتين:

الأولي: نزعة الناس إلي تفسير المواقف الإنسانية الغامضة من خلال خبراتهم الماضية ورغباتهم الحاضرة وآمالهم المستقبلة.

والثانية: نزعة كثير من كتاب القصص أن يعترفوا بطريقة شعورية أو لاشعورية الكثير مما يكتبون من خبراتهم الشخصية ، ويعبرون عما يدور بأنفسهم من مشاعر ورغبات (سيد غنيم وهدي براده).

ومهما يكن من أمر فان كل الباحثين يتفقون علي أن اختبار تفهم الموضوع يمكننا من الكشف عن جنبات شخصية المفحوصين بكل مستوياتها الشعورية واللاشعورية وبكل مجالاتها علي تعددها وتنوعها.

ويقدم (لنذري Lindzey) الأساس الذي يقوم عليه اختبار تفهم الموضوع ، فبعد ما يرينا أن الاستجابات تكشف عن الأنماط الاستجابية المميزة للفرد عندما يكون المثير واضحاً ومحدداً بينما تكون هذه الاستجابات جد فسيحة غير محددة عندما يتسم المثير بشيء من الغموض ، ينتقل إلي الفكرة الصحيحة التي يقوم عليها الاختبار الاسقاطي فيقرر أنه " إذا تحرر موقف الاستجابة من قيود الواقع

المألوفة ، فإنه يمكن استثارة النزعات الاستجابية التي يتردد في الاعتراف بها ، والتي قد لايكون واعياً بها ، فضلاً عن النزعات الاستجابية التي يعرفها والتي لا يتردد في الاعتراف بها " فالاستجابات المعنية والممكنة لا ترجع وحسب في رأيه إلي الدوافع والخصائص الثابتة ، بل ترجع أيضا إلي عمليات وسيطة Intervening مثل دفاعات الفرد وطرازه المعرفي ، هذا إلي عديد من العوامل تسهم في رأيه جزئيا في تحديد استجابة المفحوص ، من قبيل الحالات الانفعالية الوقتية مثل الحزن والإحباط وعوامل القدرة والأداء مثل الذكاء العام ، والسهولة اللفظية ، وكذلك عوامل المنبه مثل اللون والحجم والمضمون بالإضافة إلي الأنماط الاستجابية Response set مثل السرعة والدقة.

وأما المعني الذي يضيفه المفحوص فان (لنذري) يري أنه يؤثر في تحديد أنماط الاستجابة ، وفي تحديد الحالات الانفعالية ، هذا إلي كثرة من العوامل الأخرى تلعب دورها في تحديد الاستجابة ، فالعلاقة بين الفاحص والمفحوص ، وكذلك الموقف الفيزيقي الذي يطبق فيه الاختبار ، وخبرات الحياة التي تعرض لها المفحوص في الماضي وخبرات المفحوص بالاختبارات السيكولوجية ، بالإضافة إلي العوامل الإجرائية المختلفة مثل تعليمات الاختبار.

ولا ينسي " لنذري Lindzey " الأطر المرجعية في تأثيرها علي هذه الاستجابات ، وتعني الجماعات التي ينتمي إليها الفرد ، والتي تؤثر في تفسيره لموقف الاختبار وفي أدائه.

وفي نقاطة الثلاث عشرة التي يوردها " لنذري" يرينا أن الفرد قد يعبر عن بعض نزعاته بصورة غير مباشرة ورمزية ، كما يرينا

ارتباط الاستجابة بنوعية الموقف ، وغير ذلك من الأمور الجزئية والدقيقة المتعلقة بالاختبار (لنذري Lindzey).

أهم الطرق في تحليل الاختبار وتفسيره:

إن إجراء الاختبار وتطبيقه ليس مشكلة ، لأن كثيرا من المفحوصين يساهمون بإدارة طيبة في إجراء الاختبار ، خصوصا ما بعد التغلب علي المقاومة الأولي التي تظهر في بداية الإجراء ، لكن المشكلة هي في تفسير المادة التي يعطيها المفحوص ، قد أشار (موراي) Murray إلي أن تفسير الاختبار يتطلب الدقة والخبرة ، والواقع أنه كلما ازدادت خبرة الفاحص بالاختبار وحسن إعداده من الناحية النفسية ، وإلمامه بالأمراض النفسية والعقلية ، ومبادئ التحليل النفسي كان أقدر علي القيام بعملية التفسير وسنقدم هنا بعض طرق التفسير:

١-طريقة موراي:

يهتم موراي (Murray) علي وجه الخصوص بتحليل محتوي القصة ، وتحليل المحتوي الذي يشير إليه موراي ومن يتبعون طريقته ، هو محاولة الوقوف علي الموضوعات الغالبة " الثيمات " في قصص كل شخص والموضع عندهم هو(التكوين الديناميكي للحكاية أو هو عقدة القصة) وتدور هذه الموضوعات حول بيان:

١-البطل الرئيسي الذي يتوحد الفرد مع شخصيته في القصص.

٢-الحاجات التي تدفع بطل القصة والقوي التي تنطوي عليها نفسه.

٣-الضغوط أو العوامل البيئية والمؤثرات التي تؤثر في الفرد.

(Lazarus & Shaffer).

ولتفصيل ذلك يقول:

١-**البطل الرئيسي الذي يتوحد الفرد مع شخصيته:** وهو الشخصية التي تحظى بمعظم الحديث عنها في القصة ، والتي يصف احساساتها ومشاعرها ، أو الشخصية التي يري الفرد نفسه يتوحد معها.

ومن السهل تمييز البطل ، ففي عدد كبير من القصص قد لا نجد سوي شخصية واحدة ، هي التي تقوم بالدور الرئيسي إذا ما قورنت ببقية الشخصيات التي تشملها القصة.

وقد يحدث في بعض الأحيان أن يحتل عدد من الشخصيات المركز الرئيسي في القصة ، فيتوحد المفحوص مع أحدهم ، أو قد يحدث أن يتوحد مع شخصية أكثر من واحد ، ويشير (موراي) في هذا الصدد علي أن هناك نزعات متعارضة قد توجد لدي المفحوص ، ويمكن أن تتمثل في وجود شخصين مختلفين ، وغالبا ما تكشف مهنة البطل وميوله وقدراته عن الصفات القائمة أو التي يرغب الفرد في تحقيقها.

٢-**الحاجات الرئيسية للبطل:** من الحاجات التي يعطيها موراي أهمية كبيرة في التفسير:

أ-تجنب الأذى.

ب-البحث عن الكمال.

ج- العدوان ضد العالم الخارجي.

د- السيطرة.

هـ - العدوان الموجه ضد الذات.

و- الاستنجاد والشفقة.

ر- السلبية.

ز- الجنس.

٣-الضغوط أو العوامل البيئية والمؤثرات التي تؤثر في الفرد: أعطي (موراي) للضغوط والعوامل البيئية التالية أهمية:

أ- النزعات الاجتماعية.

ب-العدوانية.

ج- السيطرة.

د- العطف.

هـ - النبذ .

و- الحرمان والفقر.

ي- الأخطار المادية.

ومن الواضح أن هذه الكثرة من العوامل وتداخلها وتشابكها تتعارض مع مبدأ الاقتصاد كما يعتبره المنهج الكلينيكي ، فعندما يكون التأويل راجعا إلي كثرة من المبادئ أو التصورات ، أو المفاهيم التفسيرية يكون في حقيقة الأمر عاطلاً من كل فائدة إن لم يكن مستحيلاً ، غير أن هذه العوامل لا ينبغي النظر إليها علي أنها أكثر من مؤثرات ورؤس موضوعات تعين الكلينيكي غير المتمرس في بداية عمله في هذا المجال ، فتهدي خطواته الأولي وتنبهه إلي ما قد يغفل عنه من عوامل ومؤثرات واحتمالات.

٣- اختبار تداعي الكلمات Word – Association Test

"يعتبر تداعي الكلمات من الاختبارات الأسقاطية التي تستخدم اللغة كمثير ، وأعده رابابورت وجيل وشافر Schafer, Rapaport, Gilll, ، ويتكون الاختبار من (٦٠) ستين كلمة ، وتقدم القائمة في

العادة شفوياً ، كما يجري الاختبار فردياً ، نظراً لما يتطلبه من قيـــاس الزمن لكل كلمة ، وملاحظة حركات المفحوص ، وإثارته ، ومما قـــد يحدث من توقف أثناء إجراء الاختبار " (سيد غنيم ، وهدي براده).

وقد ميز الباحثون بين نواحي الشكل والمحتوي فـــي اســـتجابات التداعي وأن لكل منها خصائص معينة ، والتي يمكـــن مـــن خلالـــها معرفة حدوث اضطرابات التداعي ، ويبدو ذلك واضحاً من التعـــرف علي طريقة ربابورت في إجراء الاختبار علي النحو التالي:

طريقة إجراء الاختبار Administration :

يتم إجراء الاختبار في ثلاث مراحل: تختص المرحلـــة الأولـــي باختبار التداعي Word- Association Test ، والثانية خاصة بإعادة الإنتاج Reproduction ، أما المرحلة الثالثة فهي مرحلـــة التحقيـــق Inquiry ، وتأتي بعد ذلك مرحلة التقدير لنتائج الاختبار Scoring.

المرحلة الأولي: يستجيب فيها المفحوص لكلمات المثير ، بـــأول كلمة ترد إلي ذهنه (طبقاً لتعليمات الاختبار) بعد سماع كلمة المثـــير ، ويسجل الفاحص في كل مرة الكلمة التي استجاب بـــــها المفحـــوص ، وكذلك زمن الرجع.

المرحلة الثانية: يقوم الفاحص بإعـــادة نفـــس الكلمـــات علـــي المفحوص ، ويطلب منه أن يستجيب بنفس الكلمات التي استجاب بـــــها أول مرة بسرعة ، ويحسب الفاحص زمـــن الرجـــع الـــذي يســـتغرقه المفحوص هذه المرحلة كذلك ، كما يقوم بتسجيل الاستجابة الجديـــدة إذا حدث اختلاف بينها وبين الاستجابة الأولي. (ربـــابورت وآخـــرون ، Rapaport et al).

المرحلة الثالثة: وهي مرحلة التحقيق ، وتتم بعد إعادة الإنتاج وتهدف إلي:

أ-توضيح ما إذا كان المفحوص قد أخطأ في فهم كلمة المثير وإذا حدث ذلك ،فماذا سمع؟

ب-توضيح العلاقة بين كلمات المثير وكلمات الاستجابة ، ليس فقط لغموضها للفاحص ، بل أيضاً لانحراف (حيود) العلاقة الواضحة للأسماء الادراكية التي تحدث استجابات شائعة.

جـ- توضيح أسباب طول زمن الرجع أو الفشل في إعطاء استجابة ما وهل هناك فكرة لا يرغب المفحوص في التعبير عنها ، بحيث يؤدي ذلك إلي عرقلة الاستجابة وإطالة زمن الرجع ، وأحياناً تكشف مثل هذه التحقيقات عن ظهور بعض الاستجابات الجنسية أو غير المقبولة اجتماعياً في بؤرة الشعور.

د- توضيح ما إذا كان الفشل ناتجاً عن فشل حقيقي ، أو لعدم اتباع التعليمات أو لمحاولة المفحوص تحسين هذه الاستجابات (المرجع السابق).

التقدير : **Scoring** يوضح الباحثون إمكانية تحديد أنواع اضطرابات التداعي التي تحدث في عملية التداعي خلال العمل الكلينيكي اليومي ومنها:

١- **التوقف (العرقلة):** وعدم القدرة علي إعطاء أية استجابة.

٢- **التسمية:** إعطاء أسماء للأشياء الموجودة بالاختبار ، رغبة في التخلص من الموقف.

٣- **محاولة تقديم تعريفات:** أي كلمات متعددة ، وهذا خروج عن تعليمات الاختبار.

٤- **التكرار:** أي تكرار نفس كلمة المثير (ثدي - ثدي).

٥- **التكرار الجزئي:** أي تكرار كلمة المثير أو جزء منها (ولد صديق صديق).

٦- **ترابطات الرنين:** ويحدث فقط عندما لا يوجد إحساساً بالغا بين الكلمتين.(Weef – Beef) .

٧- **تكملة الجمل:** الاستجابة بتكملة كلمة أو جملة تكون كلمة المثير جزء منها.

٨--**إعطاء الصفات:** حيث تكون الاستجابة صفة المثير (امرأة - جميلة) (منضده - خشب).

٩-- **الاستجابة بالصور (الخيالات):** أحيانا ما تكون الاستجابة صورة مرئية لكلمة المثير ،وقد تستخرج بالتحقيق.

١٠- **الصور المشوشة (موضع الشك):** أي الاستجابة موضع الشك وغير المؤكدة.

١١- **الإشارة إلي الذات:** (والد - والدي) (صديق - ليس لي صديق).

١٢- **المداومة (الإبقاء) ومنها:**

أ-تكرار نفس الاستجابة التي لاتتناسب مع كلمات المثير.

ب-تكرار نفس الاستجابة لأغلب أو كل كلمات المثير التي بينها علاقة (أب - شخص).

جـ- الاستجابة لكلمة مثير بكلمة مناسبة لها (لحم - طعام).

د- الاستجابة لكلمة مثير مناسبة بكلمة الاستجابة الواضحة (زوج - خريف) (ماء - ربيع).

١٣-الاستجابة بكلمات متعددة وتكون منفصلة عن بعضها (حفلة - أصدقاء كثيرون).

١٤- الاستجابات عديمة الارتباط ، أي التي لا تربطها بالمثير أي رابطة (كتاب – فنزويلا).

١٥- الاستجابات بعيدة الارتباط جدا (استمناء – ضياع) (صديق – قوي).

١٦- الاستجابات متوسطة البعد ، ولكنها خارجة عن نطاق الاستجابات العادية.

١٧- نيولوجيزم (لغات خاصة) مثل (علاقة – إعادة إنتاج).

١٨- استجابات انفعالية: غالبا صفات (أم – حلوه) (حركة الأمعاء – غثيان).

١٩- أسماء الأعلام: (صديق – جون).

٢٠- استجابات اختيارية: إعطاء أكثر من استجابة.

٢١- الاستجابات المبتذلة (العامية): ابتداء من الاستجابات الجنسية الدارجة إلي الاستجابات غير المقبولة اجتماعيا.

٢٢- سوء سماع كلمة المثير.

٢٣-عدم معرفة معني كلمة المثير.

أما الاضطرابات التي تظهر أثناء إعادة الإنتاج فهي:

أ-الاستدعاء (الاسترجاع) الخاطئ غير المرتبط ، ويأخذ أشكالا مختلفة منها:

١-تباعد كبير بين كلمة الاستجابة الأصلية (الأولي) وكلمة الاسترجاع (حب ، حياه).

٢-استجابة يكون جنسها عكس جنس الاستجابة الأصلية (أب – أم ، امرأة – رجل).

٣-انحراف (حيود) في التفسير (صدر – قميص – امرأة) (ربيع – مرونة – ماء).

٤- استجابة بكلمة عكس الحالة المزاجية (ضحك – صراخ).

٥- استجابة متعددة الكلمات ، أو تعريف أو أي نوع آخر من الاستجابات غير العادية.

٦- استجابة بكلمة عامية (شائعة) (قضيب – رجل – عضو).

ب-الاستدعاء الخاطئ المرتبط بالكلمة المثير (كرسي – جلوس – معقد) (ربيع – ماء – نافورة).

جـ- لا استدعاء إطلاقاً.

د- تأخر الاستدعاء.

هـ- استدعاء جزئي.

و- استدعاء خاطئ مع تصحيحه فوراً (كلب – قط – حيوان – لا قطة).

وعند تطبيق الاختبار في الناحية الكلينيكية ، يزود الباحثون بالكثير من المعلومات ، فالاستجابة الخاصة جداً ، أو البعيدة جداً عن المألوف ، قد تصبح في ذاتها دليلاً علي أن كلمة المثير قد لمست نقطة حساسة في فكرة المفحوص (أب – طاغية): وقد تحدث كلمة مثير اضطرابات في التداعي يكشف عن أن الكلمة قد لمست منطقة صراع عند الفرد ، كما تكشف في نفس الوقت عن طبيعة هذا الصراع داخل النفس ، فعند الاستجابة الكلمة المثير " زوجة " بكلمة " شك " فان هذه الاستجابة تكشف ليس فقط عن صراع لدي الفرد ، بل تكشف أيضاً عن طبيعة هذا الصراع ونوعه.

خصائص الشكل والمحتوي في استجابة التداعي

أولاً: الخصائص الشكلية لاستجابة التداعي:

Formal Characteristics of the Association Reaction

أ- الاستجابات القريبة (الملتصقة) Close Reaction

تعتبر الاستجابات القريبة ذات اضطرابات في التداعي ، ناتجة عن الإعاقة في العملية الأساسية للتفكير ، ويحدث ذلك ليعبر عنه في الاستجابات التي يصعب قربها من " الكلمة المثير " حيث أنه في الحالة التحليلية تمر العملية خلال مكونات فكرة المثير ، ولم تمر بباقي الأفكار الأخرى وتتدرج الاستجابات القريبة في تسلسل هرمي كالآتي:

١- عندما يستجيب المفحوص بنفس كلمة المثير.

٢- عندما يعطي المفحوص تعريفاً لكلمة المثير مكوناً من عدة كلمات (منزل - للمعيشة فيه).

٣- عندما يستجيب المفحوص بنفس كلمة المثير ، ثم يرجعها للذات (منزل - منزلي).

٤- عندما تترابط كلمة المثير مع كلمات أخري (نار - رجل المطافئ).

٥- عندما يستجيب المفحوص بكلمة استجابة تكون صورة لكلمة المثير (منزلي - صورة المنزل).

٦- عندما يستجيب المفحوص استجابة تعسفية ، أي ترتبط بكلمة المثير بطريقة غير عادية.

٧- عندما يستجيب المفحوص استجابة عديمة الحساسية.

٨- عندما تحدث استجابات الرنين.

٩- عندما يستجيب المفحوص بأشياء موجـــودة داخــل غرفـــة الاختبار.

ب- الاستجابات البعيدة Distant Reaction

تشير الاستجابات البعيدة هنا إلي التدخل في مرحلة التجمع داخـل العملية العقلية الراهنة ، وتتسلسل هذه الاستجابات البعيدة فــي شــكل هرمي علي النحو التالي:

١- الاستجابات البعيدة في علاقتها بالمثير (كتاب - تركيا).

٢- استجابة متوسطة البعد ، حيث الترابط الضعيف بينها وبين المثــير ، وقد يدركها الفاحص ويدركها المفحوص.

٣- استجابات ذات ترابط غامض (مبهم) وتعسفي أحيانـــاً (طعــام - رقص).

٤- استجابة يثبت أثناء التحقيق أنها ذات حساسية شخصية (مـــنزل - فارغ) (استمناء - ضياع).

٥- استجابات ذات ترابط سطحي (كرســـي - مــنزل) (ضرائــب - حرب).

جـ- محتوي الاستجابة المستدعاة:

The Content of the Association Reaction

اعتبر الباحثون أن اضطرابات محتوي التداعي ، واحـــداً مــن اضطرابات التداعي (الشكلية) ويشير اضطراب المحتــوي إمــا إلــي كلمات المثير ، أو إلي كلمات الاستجابة ، وتظهر اضطرابات المثـــير في أشكال ثلاثة هي:

١- قد يتجاهل المفحوص معرفة كلمة المثير وهذه ضعيفــة ، أو أنه لايجد لها تسمية مناسبة في نفسه ، وهذه الكلمة ليســـت خاضعــة

للصدفة ، ولكن تشير إلي تمركز سلسلة من الصعوبات والكبت داخل جهاز الأفكار الذي يجعل المفحوص يتجنبها (مهبل - اسمناء).

٢- سوء فهم (إساءة فهم) كلمة المثير ، وهذا ضعيف ، وقد يرجع لضعف النطق لدي الفاحص ، وقد يحدث عن اضطراب عام في الانتباه ، وغالباً ما يتكرر حدوثه لكلمات معينة لصعوبة وجدانية خاصة تتركز في محتوي الكلمة.

٣- وأخيراً ، فان أي اضطراب آخر في التداعي قد يدل علي أن الكلمة المثير ممثلة لحالة من تصارع الأفكار ، علي أن عديداً من هذه الاضطرابات يرجع إلي عملية التعميم الزائد ، وإلي اضطراب في عملية الإبقاء (المداومة) .... وقد يحدث في تحليل المحتوي أن المفحوص يستخدم أسماء مناسبة ، وألفاظاً خارجة عن المألوف (عامية) ، فيستجيب بأسماء نادراً ما تكون دالة علي استجابات قريبة ، وقد يكون الاسم المستخدم من عالم المفحوص الشخصي ، وفي أوقات قد تكون الاستجابات البعيدة ذات شكل غامض ، ويكون الاسم غير مناسب تماماً لأن يستخدمه كاستجابة ، ونادراً ما تحدث الاستجابات العامية - ماعدا كلمات المثير ذات المضمون الشرجي والجنسي - ولكن يشيع حدوثها في الذهان ، فلا تلاحظ وجود استجابات عامية تستجيب بها سيدة ماعدا حالات الذهان ، والداعرات ، وذوات الشخصية قبل الفصامية ، والأفراد ذوي المستوي الاقتصادي والاجتماعي المتوسط والمنخفض ، وأيضاً ذوي المستوي التعليمي المتوسط.

د- اضطرابات إعادة الإنتاج لاستجابات التداعي:

Disturbances in the Reproduction of the Associative Reaction:

تبدو في:

١- الفشل في إعادة الإنتاج.

٢- التأخر في الاسترجاع.

٣- تباعد (اختلاف) الاستجابة عن الأولي إلا أنها مرتبطة بها.

٤- تباعد (اختلاف) كامل عن الاستجابة الأولي.

٥- تباعد (اختلاف) الاستجابة الأولي ثم يصحح فوراً (في الحال).

٦- اختلاف زمن الرجع عن الزمن الأول.

ويفسر الاختلاف الكبير عن الاستجابة الأولي ، على أنه اضطراب في تنظيم التفكير بصفة عامة ، وأيضا في الإطار المرجعي للذاكرة بصفة خاصة ، وفي الظروف العادية ، فان ما يحدث في إعادة الإنتاج يشبه (يماثل) ما يحدث في أي تذكر للمعني ... أنه في اختبار إعادة استحضار كلمة المثير ، تأخذ العملية العقلية (التذكرية) في الظروف العادية نفس الاتجاه الذي أخذته في الاستجابة الأولي ... لكن الفشل في إعادة الإنتاج وأيضاً التأخر في الاسترجاع يفسر كالآتي: لو أن كلمة المثير كانت تمس مجموعة من الأفكار المكتوبة فان ما قد يترتب علي ذلك كبت لمجموعة من الاستجابات المحتملة والمرتبطة ، وعندما تمر خلالها العملية العقلية ، نجدها تتأخر حتى تجد كلمة الاستجابة المناسبة نسبياً ، وفي الوقت ما بين الاستجابة الأولي وبين إعادة الإنتاج هذه ، يحدث كبت للاستجابة الأولي وبذلك تخضع الاستجابة لنفس عملية الكبت ، ويبدو ذلك واضحا نفسه إما في حالة الفشل في إعادة الإنتاج - لو أن الكبت ينجح جزئياً فقط - أو في تأخر الاستجابة للمرة الثانية (إعادة الإنتاج) وفي هذه الحالة يحدث أن حالة

الشخص الانفعالية ، يتم تخطيها في الحالة الأولي ، ثم تتحـــرف أكـثر وتخرج إلي الأمام مسببة حدوث التأخير في الاسترجاع.

٤- اختيار بقع الحبر (رورشاخ):

لقد ظهرت أهمية اختبار رورشاخ في الكشف عـــن النواحـــي المرضية والمعاونة علي القيام بعملية التشـــخيص ، وعـــرف الأطبـــاء والعقليون والمهتمون بالدراسات النفسية أهميته وقيمته ، ويتألف الاختبار من عشر صور تتكون كل صورة منها من أشكال متماثلة علي نحو مـــا يحدث حين نلقي بنقطة حبر كبيرة علي ورقة بيضاء ، ثم نطبق الورقـــة ونضغط عليها قليلا فتخرج أشكال مختلفة متماثلة مع ذلك ، والــــترتيب الذي تقدم به هذه الصور للمفحوص تحدده رغبة رورشاخ فـــي إدخـــال نظام نفسي يكفل بقاء استثارة المفحوص علي أعلي مستوي ممكن.

ويعطي الاختبار صورة عن الجوانب الانفعالية لدي الفرد ، كمـــا يمكن الكشف عن الذكاء والقدرات العقلية أو المعرفية ، ويحدد درجـــات اضطراب الفرد. وقد حدد صلاح مخيمر أبعاداً ثلاث أساسية للاختبـــار هي:-

١-**التحديد المكاني:** وتشير إلي المنطقة التي يختارها المفحـــوص ، فالاستجابة إما أن تشمل البطاقة كلها وتصبح كلية أو تشمل جـــزء كبير من البطاقة أو جزء صغير.

٢- **المحددات:** وتشمل خمسة عوامل: الشكل ، اللوحة ، اســـتجابات الحركة ، استجابات الظلال ، نمط الخبرة.

٣- **المحتوي:** ويشمل الاستجابة الإنسانية وتشمل الانسان الكامل.

- أو جزء من الانسان ونسبتها من (١٠ - ٢٠%) وانخفاضها عن هذا يشير إلي عدم الاهتمام بالناس.
- الاستجابات الحيوانية وتشمل الحيوان أو أجزاء والنسبة الحالية تشير إلي النمطية في التفكير والاهتمامات المحدودة.
- الاستجابات التشريحية وتشمل أجزاء مميزة من الجسم وتدل علي الاهتمام البالغ لأجزاء الجسم ووظائفه.
- الاستجابات المألوفة والابتكارية.
- تكون الاستجابات مألوفة إذا ظهرت مرة واحدة في ستة حالات ، والاستجابات المألوفة تدل علي امتثال واتساق تفكير الفرد مع الجماعة أو مسايرته للتفكير الجمعي ، بينما تدل قلتها علي عجز عن رؤية العالم كما يراه الآخرون أما الاستجابات الابتكارية فلا تحدث الإمرة في كل مائة حالة.

وأن هذه الأبعاد تمثل العدد الكلي للاستجابات ، ويعطي المفحوص العادي ما بين ١٥ - ٣٠ استجابة مع مراعاة ترتيب الاستجابات وتعاقبها.

ثانياً: الأدوات السيكومترية (١٩٩٨)

١- مقياس صورة الجسم[1]

أعد هذا المقياس لقياس متغير نفسي هام في الشخصية وهو صورة الجسم والتي تمثل الصورة الذهنية التي نكونها عن أجسامنا ككل بما فيها الخصائص الفيزيقية ، والخصائص الوظيفية (إدراك الجسم) ، واتجاهاتنا نحو هذه الخصائص (مفهوم الجسم).

وأن هذه الصورة للجسم تنبع لدينا من مصادر شعورية ومصادر لاشعورية ، وتمثل مكوناً أساسياً في مفهومنا عن ذواتنا.

وعليه تكون صورة الجسم في مفهومه الأشمل بأنه صورة ذهنية (عقلية) يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة وقدرته علي توظيف هذه الأعضاء ، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر (أو اتجاهات) موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم.

وتشمل هذه الصورة الجوانب التالية:

- الجاذبية الجسدية.
- التناسق بين مكونات الوجه الظاهرية.
- التآزر بين شكل الوجه وباقي أعضاء الجسم الخارجية والداخلية.
- المظهر الشخصي العام.
- التناسق بين الجسم والقدرة علي الأداء لأعضاء الجسم المختلفة.
- التناسق بين حجم الجسم وشكله ومستوي التفكير.

---

[1] جميع المقاييس الحادية عشر منشورة كاملة في مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ، ٩ ش عدلي وهي من أعداد أ.د/ زينب شقير مؤلفة المرجع .

ويتكون المقياس من ٢٦ فقرة يجاب عنها إما بالموافقة أو غـــير الموافقة أو غير متأكداً من مشاعره تجاه هذه الفقرة.

ويطبق المقياس بصورة فردية ، وكذلك بصورة جمعية.

ويمكن تطبيقه علي كل من الأسوياء والشواذ معاً.

ثبات المقياس:

تم عمل ثبات للمقياس بعدة طرق:

- طريقة إعادة التطبيق Test – Retest
- طريقة التجزئة النصفية Half - Split

كما تم استخراج درجات معيارية ودرجات تائية لكل درجة مـــن الدرجات الخام لعينة من الأسوياء ذكور ، وإناث كل علي حدة.

صدق المقياس:

أجري صدق المقياس بطريقتين:

أ- الصدق الظاهري.

ب- صدق التمييز.

٣- مقياس المعتقدات نحو المرض النفسي في البيئة العربية (مصرية - سعودية) (١٩٩٨)

أعد هذا المقياس لقياس المعتقد: بأنـــه معلومـــات ومعـــارف ، ومدركات الفرد العقلية عن موضوع أو شـــخص أو موقـــف معيـــن ، تساعد في الوصف المحدد لهذا الموضوع أو الشخص أو الموقف.

ويشتمل هذا المقياس في صورته النهاية علي (٤٠) عبارة عـــن المعتقدات حول المرض النفسي تقيس أبعاد معينـــة للمعتقـــدات حـــول المرض النفسي هي:

- طبيعة المرض النفسي.

- أسباب المرض النفسي.
- طرق العلاج من المرض النفسي.
- الشفاء من المرض النفسي.
- تأثير المرض النفسي علي أسرة المريض.

بعض عبارات المقياس صيغت بطريقة مثبتة والموافقة عليها تعبر عن معتقدات صحيحة ... وبعضها الآخر صيغت بطريقة مثبتة والموافقة عليها تعبر عن معتقدات خاطئة ، كما أن هناك عبارات صيغت بطريقة منفية والموافقة عليها تعبر عن معتقدات صحيحة ، إضافة لعبارات صيغت بطريقة منفية والموافقة عليها تعبر عن معتقدات خاطئة.

– تعطي فقرات المقياس درجات صفر ، ١ ، ٢ حيث أن الفقرات المثبتة والتي تعبر الموافقة عليها عن معتقدات صحيحة (مؤيد) (٢) ، محايد (١) ، معارض (صفر) والعكس صحيح للفقرات المثبتة والتي تعبر الموافقة عليها عن معتقدات خاطئة.

تقنين المقياس:

تم تقنين المقياس علي عينة مصرية (ذكور وإناث) وعلي عينة أخري سعودية.

– تم حساب الصدق بطريقة الاتساق الداخلي بين أبعاد المقياس وبين الدرجة الكلية للمقياس ، وكذلك بينها وبين بعضها البعض.

– تم حساب معامل الثبات للمقياس الكلي وكذلك للمقاييس الفرعية.

– كما تم حساب الثبات أيضاً بطريقة إعادة التطبيق.

وذلك للعينة المصرية والعينة السعودية من الجنسين كل علي حدة.

كما تم استخراج الدرجات التائية للذكور والإناث لكل من العينة المصرية والعينة السعودية.

٣- مقياس الاتجاه نحو المرضي النفسي (١٩٩٨) في البيئة العربية (مصرية - سعودية)

يعرف الاتجاه إجرائيا: بأنه حالة وجدانية لدي الفرد توضح درجة قبوله أو رفضه لموضوع معين (موضوع الاتجاه) ، ينتج عن خبرات سابقة لدي الفرد تتعلق بموضوع الاتجاه ، وخاصة معتقداته ومعارفه تجاه هذا الموضوع ، وما واجه الفرد من ثواب أو عقاب ، وتدفع هذه الحالة بالفرد إلي إصدار سلوك إيجابي نحو الموضوع ، أو سلوك سلبي ضد الموضوع ذاته (أي قبول أو رفض الموضوع) ويتمثل الاتجاه الإيجابي في الدرجة المرتفعة علي مقياس الاتجاه المستخدم ، كما يتمثل الاتجاه السلبي في الدرجة المنخفضة علي المقياس المستخدم.

وقد تم إعداد هذا المقياس لقياس الاتجاه نحو المرض النفسي.

- يشمل المقياس في صورته النهائية (١٦) عبارة عن الاتجاه نحو المرض النفسي ، تم صياغة العبارات التي تعبر عن الاتجاه السالب نحو المرض النفسي ، وكذلك العبارات التي تعبر عن الاتجاه الموجب نحو المرض النفسي ، وروعي التنويع في صياغة الفقرات لغويا لتحاشي الاستجابات النمطية من المفحوصين ، ولذا فقد صيغت العبارات علي النحو التالي:

- فقرات صيغت بطريقة مثبتة والموافقة عليها تعبر عن اتجاه إيجابي.
- فقرات صيغت بطريقة مثبتة والموافقة عليها تعبر عن اتجاه سلبي.
- فقرات صيغت بطريقة منفية والموافقة عليها تعبر عن اتجاه إيجابي.

- فقرات صيغت بطريقة منفية والموافقة عليها تعبر عن اتجاه سلبي.

ويمكن تطبيقه بصورة فردية وكذلك بصورة جمعية علـــي كـل مـن الأسوياء والشواذ معا.

ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس بعدة طرق هي:-

- استخدام معامل ألفا.
- إعادة التطبيق.

صدق المقياس: أجري حساب الصدق للمقياس بطرق:

- صدق المحك.
- الصدق الظاهري (صدق المحكمين).
- الصدق التمييزى.

وقد أجري حساب الصدق والثبات علي عينة سعودية ، وأخــري مصرية من الجنسين وتم حساب الدرجات التائيـــة للعينـــة المصريـــة ، والعينة السعودية كل علي حدة.

٤- مقياس قلق الموت (١٩٩٨)

القلق ظاهرة عامة في حياتنا اليومية يخبره الناس بدرجات مختلفـة في الشدة وفي مظاهر متباينة من السلوك ، ومن ثم يمكن فهمـــه علـــي أساس متصل بين حالات السواء والانحراف (طلعت منصور).

ويعتبر قلق الموت أشد مثيرات القلـــق لـــدي الإنســـان ، وعلـــي الأخص إنسان هذا العصر الذي زاده التقدم المادي تشبثا بالحياة.

وقد توصل باتيسون إلي أن مظاهر قلق الموت عـــن المحتضـــر هي: الخوف من المجهول ، الخوف من الوحدة ، الخوف من الضعـف ، الخوف من فقدان الأسرة ، الخوف من فقدان الأصدقاء ، الخـــوف مـــن

فقدان الجسم ، الخوف من فقدان السيطرة علي النفس ، الخـوف مـن فقدان الذات.

ويعرف قلق الموت بأنه حالة من الخوف الغامض المبهم تجـاه كل ما يتعلق بموضوع الموت ، وما ينتظره الإنسان من مصـير بعـد الموت ، أي أنه حالة انفعالية غير سارة عن استجابة الخـوف الـهائم عند الفرد تجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت والتقدير السلبي لموقـف الموت ، وما ينتظره بعد الموت من مصير ، ويتحدد بالدرجـة الكليـة علي مقياس قلق الموت.

وقد تم إعداد مقياس قلق الموت في ضوء المظاهر سالفة الذكـر لقلق الموت ، وبعد الاطلاع علي بعض المقاييس (رغم ندرتها) عـن قلق الموت ، حيث تم طرح سؤال علي طلبة وطلبات الجامعة ، يطلـب منهم وصف مشاعرهم الشخصية نحو الموت. وأصبح عدد عبـارات المقياس في صورتها النهائية ٣٦ عبارة يجيب عنها المفحـوص بنعـم أو لا.

وتم حساب ثبات المقياس: بطريقتي إعادة التطبيق للمقيـاس ، وبطريقة التجزئة النصفية لعبارات المقياس.

وتم حساب صدق المقياس بطريقتـي: صـدق المحتـوي ، وصدق المحك ، كما تم إعداد معايير تائية للمقياس علي عينـة مـن طلاب وطالبات المرحلة الثانوية كل حدة ، وعلي عينة مـن طـلاب وطالبات الجامعة كل علي حدة.

٥- مقياس مواقف الحياة الضاغطة في البيئة العربية (مصرية - سعودية) (١٩٩٨)

تعرف الضغوط النفسية بأنها مجموعة من المصادر الخارجية والداخلية الضاغطة والتي يتعرض لها الفرد في حياته ، وينتج عنها ضعف قدرته علي إحداث الاستجابة المناسبة للموقف ، وما يصاحب ذلك من اضطرابات انفعالية وفسيولوجية تؤثر علي جوانب الشخصية الأخرى.

وتتعدد أنواع الضغوط بتعدد مصادرها مثل ، الضغوط الأسرية ، الاقتصادية - الدراسية - الاجتماعية - الانفعالية - الشخصية - الصحية والتي تجمع فيما بينها الضغوط النفسية العامة لدي الفرد.

وقد تم إعداد مقياس الضغوط النفسية بعد الإطلاع علي بعض المقاييس المتاحة وبعد أن وجدت المؤلفة أوجه من القصور في إعدادها وتوصلت الباحثة في إعداد المقياس النهائي إلي (٧٠) فقرة ، بحيث يقيس كل (١٠) فقرات مصدر من مصادر الضغوط النفسية المذكورة بعاليه ، وتكون الدرجة الكلية للمقياس ممثلة للضغوط النفسية العامة.

وتأخذ كل عبارة درجة تتراوح ما بين صفر - ٣ درجات ، وتمثل الدرجة المرتفعة علي المقياس ارتفاع معدل الضغوط النفسية لدي الفرد. وقد تم تقنين المقياس علي البيئتين المصرية والسعودية.

وتم حساب الثبات بطرق: إعادة التطبيق ، بحساب ألفاكرونباخ ، بالتجزئة النصفية.

كما تم حساب الصدق ، بطرق: الاتساق الداخلي بين أبعاد المقياس الفرعية وبعضها البعض ، وبينها وبين الدرجة الكلية للمقياس ، وكذلك بطريقة الصدق التلازمي.

كما تم عمل معايير للمقياس: علي عينات الذكور والإناث في البيئة المصرية وفي البيئة السعودية كل علي حدة.

٦- مقياس الاحتراق الداخلي (الإجهاد النفسي) في البيئة العربية (مصرية -سعودية) (١٩٩٨)

تكمن خطورة استمرار الضغوط النفسية في أثارها السلبية التي من أبرزها حالة الاحتراق النفسي التي تتمثل في حالات التشاؤم واللامبالاة وقلة الدافعية ، وفقدان القدرة علي الابتكار ، والقيام بالواجبات بصورة آلية تفتقر إلي الاندماج الوجداني.

ويطلق علي الاحتراق النفسي بأنه الاستنفاد العاطفي أو الانفعالي نتيجة الحمل الوظيفي الزائد ، أي أنه فقدان الاهتمام بالناس الذين يتعاملون معه كردود فعل لضغوط العمل.

وقد تم إعداد المقياس الحالي بالاعتماد علي قائمة موسلاش للاحتراق النفسي ، ودراسة لي وآخر علي الأبعاد الثلاثة لمقياس موسلاش وهي: الاستتراف الانفعالي ، فقد الإنية ، الانحياز الشخصي.

ويتكون المقياس في صورته النهائية من (٢٥) فقرة تتراوح الدرجة لكل فقرة ما بين صفر - ٣ درجات ، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين صفر - ٧٥ درجة.

وارتفاع الدرجة علي المقياس تعبر عن ارتفاع معدل الاحتراق النفسي لدي الفرد والعكس.

وتم **حساب صدق المقياس:** علي عينة من البيئة المصرية وعينة أخري من البيئة السعودية بطرق: صدق المحكمين ، الصدق التلازمي ، صدق التمييز علي عينة من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية والجامعية.

وتم حساب ثبات المقياس علي عينة مصرية وأخري سعودية من الجنسين في مرحلتي الثانوي والجامعة بطرق: إعادة التطبيق ، التجزئة النصفية.

كما تم إجراء معايير للمقياس علي عينة الذكور والإناث مصريات وسعوديات كل علي حدة.

٧- مقياس الحواجز النفسية

(الشائعة -الرفض -التوتر) (١٩٩٨)

تعتبر الحواجز النفسية عن حالات نفسية تنطلق من مثيرات ورواسب مختلفة لدي الفرد قد تعوق أهدافه وتوافقه ، وتعرف بأنها: حالات عقلية تتمثل في سلبية الفرد ، والتي لاتمكنه من التأثر بما حوله، وتمنعه من إنجاز أفعال معينة ، وتتمثل الآليات الانفعالية لهذه الحواجز النفسية في: خبرات ، ومواقف انفعالية سلبية مكثفة كالخجل ، التوتر ، الإحساس بالذنب ، الخوف ، القلق ، الإقلال من تقدير الذات ،ورفضها وعدم تقبلها ، والحساسية الزائدة نحو الذات ، والتأثر بما يعرفه عنها.

يبدو من هذا التعريف تعدد المجالات التي تظهر فيها الحواجز النفسية ، والتي من أهمها الجوانب الثلاث التي تمثل حجر الزاوية في الكشف عن الحواجز النفسية وهي:-

أ- **الشائعة Romour** وهي نوع خاص للاتصال بين الأشخاص تصبح خلاله قصة ما تعكس إلي حد ما أحداث معينة صادقة

وغير صادقة ، مألوفة لعدد كبير من الناس المختلفين ، وهي استعداد الفرد للاعتقاد بما يذكر من موضوعات بدون مستند يعرض عليه. وتتمثل في الضغوط النفسية وغموض المعلومات الشخصية ، والأفراد المهيمنين علي الفرد ، علاوة علي سرعة التصديق وما يتبعه من سطحية في التفكير.

ب- **الرفض (عدم التقبل) Rejection** وهو يمثل القطب السالب للقبول أي يأخذ الاتجاه العكسي للقبول والرفض الذي يتميز بعدم الاهتمام والسلبية ، أي أنه يمثل اتجاها سلبيا نحو فكرة أو عقيدة.

جـ- **التوتر والانفعال Tension and Affect** هو استجابة لحدث وقع بالفعل ، وهو ينتقل بشكل ما إلي نتيجة الحدث ، والانفعال يمثل صراعا داخليا يمر به الفرد.ويتكون المقياس الحالي من (٤٥) فقرة ،كل (١٥) فقرة منها تقيس بعد من الأبعاد الثلاث للحواجز النفسية ، بينما تقيس الدرجة الكلية للمقياس معدل الحواجز النفسية عند الفرد ، تتراوح الدرجة لكل فقرة من صفر - ٢ تم تطبيق المقياس علي:

- ٤٠ مريضا بتشوهات جلدية مختلفة مناصفة بين الجنسين.
- ٤٠ مريضا بروماتيزم القلب مناصفة بين الجنسين.
- ٤٠ مريضا بالاضطرابات العصابية المختلفة مناصفة بين الجنسين.
- ٢٠٠ من الأصحاء نصفهم من الذكور والنصف الأخر من الإناث.

تم حساب صدق المقياس بطريقتي: الصدق الظاهري ، وصدق التمييز.

تم حساب ثبات المقياس بطريقة: إعادة التطبيق ، وقد ثبتت كفاءة المقياس في التمييز بين الفئات الكلينيكية المختلفة.

تم حساب الدرجات التائية لعينة من الذكور وأخري من الإناث علي الدرجة الكلية للمقياس ، وكذلك لدرجة كل بعد من أبعاده الثلاث.

٨- مقياس اضطرابات الأكل (٢٠٠٠)

" الاضطرابات السيكوسوماتية "

تمثل ظاهرة اضطرابات الأكل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة الملحة لتناول الطعام أو العزوف عنه ، وهناك بعض العوامل النفسية والشخصية المرتبطة بتطور اضطرابات الأكل هي:-

- الحاجة الشديدة للإنجاز والكمال.
- اضطرابات المراهقة الهامة.
- اضطرابات صورة الذات أو صورة الجسم.
- الصراع لبناء الذات أو هوية الذات.

ويعرف بأنه اختلال في سلوك تناول الطعام وعدم الانتظار في تناول الوجبات ، ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام ، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده المحددة ، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد ، والذي قد يصاحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم. وتشمل اضطرابات الأكل: فقدان الشهية العصبي ، النهم (الشره) العصبي ، اضطرابات الأكل غير المصنف.

وقد أعد المقياس الحالي لاين مارشال ، وهو يمثل تقريرا ذاتيا للفرد لقياس اضطرابات الأكل ، ويركز المقياس في بنائه علي جوانب أساسية لاضطرابات الأكل: سلوك الأكل ، الوزن ، الشكل ، بعض

المفاهيم النفسية مثل عدم الثقة بالنفس ، ومخاوف النضج ، والوعي الذاتي. ويتكون المقياس من ٤٠ فقرة قامت المؤلفة الحالية بترجمتها إلي العربية ومراجعتها لغويا ثم طبق علي عينة من طلاب وطالبات جامعة طنطا وتعطي كل فقرة درجة ما بين (١) ، صفر.

وتم حساب صدق المقياس: علي العينة بطريقتي صدق التمييز ، والصدق التلازمي.

وتم حساب ثبات المقياس: علي العينة المصرية بطريقتي إعادة التطبيق ، والتجزئة النصفية.

كما تم عمل معايير للمقياس: علي عينة من الذكور وأخري من الإناث.

٩- مقياس فقدان الشهية العصبي "الأنوركسيا" الاضطرابات السيكوسوماتية (٢٠٠٠)

إن فقدان الشهية العصبي يمثل عدم انتظام في تناول الطعام دائما ما يظهر في شكل (شبه جوع) ، وهو يوجد جزئيا وليس كليا في الفتيات المراهقات ويبدأ من سن البلوغ ، والشخص المصاب بفقدان الشهية يتضاءل معه وزن الجسم تدريجيا ، وينتج عن شعور الجوع هذا إفراز هرمونات وتغيرات أخري ، تؤدي إلي انخفاض درجة حرارة الجسم ، وانخفاض سرعة ضربات القلب ، وانخفاض استجابة المناعة وتوقف الدورة الشهرية (لدي الإناث) لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر متتالية.

ويصاحب فقدان الشهية مجموعة من الخصائص الكلينيكية والتشخيصية والعضوية بجانب بعض الأعراض والمظاهر الشخصية والمزاجية.

وعند إعداد المقياس توصلت المؤلفة إلي تحديد جوانب هامة يرتكز عليها بناء المقياس هي:-

أ- عادات الطعام: رفضه ، كراهيه ، الإقلال منه ، الصيام ، القيء ، الغثيان ، استخدام الأدوية المسببة للفقدان ... الخ.

ب- القلق من زيادة الوزن ومحاولة إنقاصه.

جـ- الأعراض الجسمية والمزاجية المصاحبة.

د- الانشغال الزائد بالشكل الخارجي وصورته الذهنية.

ويتكون المقياس في صورته النهائية من ٢٣ فقرة (منها فقرة للإناث فقط) تتراوح الدرجة لكل فقرة من صفر-١.

وتم حساب الصدق بطرق: الصدق الظاهري ، والصدق التلازمي ، وصدق التمييز.

وتم حساب الثبات بطريقتي: إعادة التطبيق ، التجزئة النصفية ، كما تم استخراج الدرجة التائية لعينة من الذكور والإناث كل علي حدة.

١٠-مقياس الشره العصبي (٢٠٠٠)

" البوليميا "

" الاضطرابات السيكوسوماتية "

الشره العصبي هو التناول العرضي غير المنظم والقهري والسريع لكميات كبيرة من الطعام في فترة قصيرة من الوقت ، مع الشعور ببعض الآلام بالبطن ، والإحساس بالغثيان ، وما يصاحب ذلك من إحساس بالذنب ، وشعور بالقلق والاكتئاب واحتقار الذات ، وقد يلجأ

الشخص إلي استخدام الملينات ، ومدرات البول بصورة منتظمة ، أو استخدام وسائل صناعية أخري للتخلص من الكميات الزائدة من الطعام.

ويصاحب الشره العصبي مجموعة من السمات الشخصية والمزاجية والانفعالية ، وبعض الملامح الكلينيكية المميزة له والخاصة به.

وعند بناء المقياس الحالي تم تحديد المظاهر الجسمية والعضوية والخصائص المزاجية والعادات السلوكية المصاحبة لحالة الشره ، وتوصلت المؤلفة لتحدد جوانب هامة يرتكز عليها بناء المقياس هي:

أ- عادات الأكل: الإقبال المتزايد علي تناول الطعام بشدة ، تعدد مرات تناول الطعام.

- الاهتمام الزائد بإعداد الطعام ، تنوع الطعام.

ب- الاحتفاظ بوزن الجسم ثابتا ، والقلق من زيادته.

ج- الأعراض الجسمية والمزاجية والذهنية المصاحبة لنوبات الشره.

د- الانشغال الزائد بشكل الجسم وصورته الذهنية.

ووصل عدد الفقرات النهائية للمقياس (٢٤) فقرة (منها فقرة للإناث فقط) وتتراوح الدرجة لكل فقرة من صفر - ١.

وتم تقنين المقياس علي طلاب وطالبات جامعة طنطا.

تم حساب الصدق بطرق: الصدق الظاهري ، الصدق التلازمي ، صدق التمييز.

تم حساب الثبات بطريقتي: التجزئة التصفية ، إعادة التطبيق.

تم استخراج الدرجة التائية المكافئة لكل درجة خام لعينة من الذكور ، وأخري من الإناث.

١١- اختبار المخاوف للأطفال

تعرف المخاوف بأنها خوف مبالغ فيــه يصــل لحــد الرعــب ، يتضمن استجابة مصحوبة بالتوتر والرعب لمثيرات أو موضوعــات أو أشياء ، لاتبعث علي الخوف (موضوعات) أو أشياء عاديــة ومألوفــة ، يصحب هذه الاستجابة زملة أعراض هي: صفــار الوجــه ، العــرق ، الرجفة في الأسنان أو العضلات ، العــض علــي الأســنان ، ســرعة ضربات القلب أو خفقانه ، القلق والتوتر ، الدوار (الدوخــة) ، وتتضــح في الدرجة العالية علي مقياس المخاوف.

أعدت هذا المقياس **مؤلفة الكتاب** وذلك بعد مراجعة التعريفــات المختلفة للمخاوف ، وبعض المقاييس المعدة في هذا المجال ، وتوصلــت إلي تجميع (٢٦) عبارة ، وروعي سهولة الأسلوب المستخدم في صياغة العبارات ، ووضوح المعني ، واستعمال الكلمات الدارجة ، وقد أجريــت دراسة استطلاعية للتحقق من صدق المقياس لدي الأطفال ، حيث طبــق علي عينة قوامها (١٢٠) طفلا ، مقسمة مناصفة بين الذكــور والإنــاث (٣- ١١,٥ سنوات) أي من مرحلة التمهيدي حتــى الصــف الخــامس الابتدائي. ويجاب علي العبارة بنعم أو لا.

وتم حساب صدق المقياس بطرق: الصدق الظاهري ، الصدق التجريبي ، صدق المحك.

كما تم حساب ثبات المقياس بطريقتــي: إعــادة التطبيــق ، والتجزئة النصفية ، والمقياس علي درجة عالية من الثبات والصدق ممــا يطمئن علي استخدامه.

كما تم حساب معايير للمقياس: لعينة من الذكور وأخري مــن الإناث ، حيث تم حساب الدرجة التائية لكل عبارة علي حدة.

الفصـــل الخامس

التطبيقات الإكلينيكية

نماذج من الدراسات السابقة في مجال التشخيص

واستخدام المنهج الإكلينيكي

والأدوات التشخيصية المختلفة

أولا: الدراسات العربية والمصرية

ثانيا: الدراسات الأجنبية

-لقد نجحت العديد من الاختبـار والمقـاييس للشـخصية سـواء السيكومتري منها أو الاسقاطي في تحديد ووضع صورة واضحة للعديـد من الفئات الإكلينيكية ، بما يفيد في التنبؤ بإيضاح الصـورة الكلينيكيـة لتلك الفئات من خلال مظاهر الشخصية التي تقيسـها الاختبـارات ، حيث أجريت العديد من الدراسات في هـذا المجـال علـي الصعيديـن العربي والأجنبي ، وفيما يلي عرضا لهذه الدراسات.

أولا: الدراسات العربية والمصرية:

دراسة كلينيكية قامت بها **زينب شقير** بعنوان الحواجـز النفسـية وصورة الجسم والتخطيط للمستقبل لدي عينة من ذوي الاضطرابـات السوماتوسيكولوجية.

وقد هدفت الدراسة إلي ما يلي:

- بناء مجموعة من مقاييس الشخصية: الحواجز النفسـية (بإبعادهـا: الشائعة ، الرفض وعدم التقبل ، التوتر والانفعال) ، صورة الجسـم ، التخطيط للمستقبل.
- الكشف عن الفروق ودلالاتهما بين الفئات الكلينيكية عينة الدراسـة (فئة مشوهي الوجه واليدين ، وفئة مرضي القلب) علـي مقـاييس متغيرات الشخصية السيكومترية والكلينيكية قيد البحث ، مع محاولـة التفسير الكلينيكي المتعمق لنتائج الدراسة.
- الكشف عن الدوافع والعوامل اللاشعورية والصراعات التي تمـيز الحالات المتطرفة من ذوات التشوه الوجهى ، ومريضات رومـاتيزم القلب ، من خلال التحليل النفسي المتعمق لبعض الحالات المتطرفـة من الفئتين باستخدام الأدوات الكلينيكية المسلحة.

-إلقاء الضوء علي أهم الجوانب الشخصية لعينة الدراسة وهـي:- صورة الجسم ، الحواجز النفسية (وأبعادها: الشـائعة ، الرفض وعدم التقبل ، التوتر والانفعال) ، الانزواء ، الانتماء ، الرعايـة ، طلب النجدة ، الاستحسان الاجتماعي ، التخطيط للمستقبل.

والمنهج المستخدم في الدراسة هو الأسلوب الكمـي والكيفـي باستخدام الاختبار الاسـقاطي الجمعـي ، واختبـار TAT واللـذان يستوحيان مفاهيم التحليل النفسي ، وتمثلت الأدوات المستخدمة في:

أ- **الأدوات السيكومترية:** مقياس الحواجز النفسية ، مقياس صـورة الجسم ، مقياس التخطيط للمستقبل وكلهم مـن إعـداد الباحثـة ، مقياس الاستحسان الاجتماعي.

ب- **الأدوات الإكلينيكية:** استمارة دراسة الحالة (إعداد الباحثـة) ، اختبار الشخصية الاسقاطي الجمعي ، اختبـار تفـهم الموضـوع TAT

وأسفرت النتائج عما يأتي:

-ارتفاع درجات مجموعتي المرضي علي مقاييس: الحواجز النفسـية (بأبعادها) ، وصورة الجسم ، والانـزواء ، والرعايـة ، وطلـب النجدة مقارنة بالأصحاء.

- انخفاض درجات متغيرات: الانتماء ، الاستحسان الاجتمـاعي ، التخطيط للمستقبل لدي مجموعتي المرضي مقارنة بالصحيحات.

وقد استندت الباحثـة فـي التفسـير الكلينيكـي لـهذه النتـائج السيكومترية علي مبادئ التحليل النفسي ، وبعض المفـاهيم المتعلقـة بطبيعة المرأة ، إضافة إلي نتائج الدراسات السابقة في هذا المجال .

أما النتائج عن أهم العوامل الدينامية في شخصية هؤلاء المرضي أهمها:

-اضطرابات حدود الذات وصعوبة إدراكها مع شعور بفقدان الإنية:

-صراع الاستقلالية والاعتمادية والخوف من فقدان مشاعر العطف من الآخرين .

-تشوش واضح وصريح في صورة الجسم .

-مشاعر الوحدة والانزواء ، ووجود الحواجز النفسية التي تعوق الحالات.

-مشاعر اليأس وعدم التفاؤل والنظرة التشاؤمية للحاضر والمستقبل معا.

-كبت واضح - بل ورفض صريح - للمشاعر الجنسية ناجمة عن تشوهها أو ظروفها الصحية .

-صراع الحب والكراهية أي تناقض أو ثنائية الوجدان.

* **دراسة زينب شقير:** عن خصائص التعبير اللغوي للفصاميين: دراسة اكلينيكية لاضطرابات لغة الفصامي من حيث علاقتها ببنائه النفسي ، وتهدف الدراسة إلي التعرف علي البناء النفسي لدى كل من مرضى الفصام البارانويدى ومرضى الفصام الهيبفرينى ، وكذلك التعرف علي لغة كل منهما . ومدى الاضطراب في كل من اللغة والتفكير الفصامي .

واستخدمت الدراسة ١٠ حالات من مرضى الفصام البارانوي ، و١٠ من مرضى الفصام الهيبفريني مقارنة بالأسوياء ، واعتمدت في تشخيص الحالات على تشخيص الطبيب النفسي ، وكذلك علي درجة الحالات علي مقياس الفصام في اختبار الشخصية متعدد الأوجه .

واستخدمت الباحثة الأدوات التالية :

أ- الأدوات السيكومترية : مقياس ويلوبي للميل العصابي ، اختبار الشخصية متعدد الأوجه .

ب- الأدوات الكلينيكية : اختبار تفهم الموضوع لموراي TAT ، اختبار تداعى الكلمات لرابابورت ، المقابلات الكلينيكية المتعمقة الطليقة ، مقابلات شخصية مع أقارب المرضي .

وكان منهج الدراسة هو المنهج الإكلينيكي ، موضوع الدراسة هو الدراسة العميقة للحالة الفردية أي الشخصية في بيئتها ، أي دراسة المشكلات السلوكية عند الشخص كحامل مشكلة ، وبالتالي ككائن عياني برمته في اشتباكه بموقف (موقف الصراع ، وأساليب الدفاع التي يستخدمها الفرد في مواجهة الصراع) .

وأسفرت النتائج عما يأتي : الارتباط الوثيق بين اللغة والبناء النفسي للفصامي ، حيث أن اضطراب البناء النفسي له يبدو أثره الواضح في أسلوبه التعبيري اللغوي ، والذي ظهر واضحاً في اضطراب علاقة الفصامي بالأخرين من حوله ، وبالعالم الخارجي مما أدي إلي فشله في تحقيق التواصل الاجتماعي والشخصي ، ويرجع عجزه في بناء علاقات وتحقيق تواصل فعال مع الآخرين ، إنما يرجع إلي تفكك مكوناته النفسية وضعف الأناء ودفاعاتها ، ولذلك يعلن الفصامي في النهاية عن فشله الزريع في تحقيق هذا التواصل اللغوي والاجتماعي والشخصي الفعال مقارنة بالأسوياء ، كما لوحظ من نتائج الدراسة تفكك مكوناته الشخصية ، بجانب الهذيانات والهلاوس وابتعاد العلاقة بالواقع التي تعتبر من أهم الديناميات التي توضح تفكك الفصامي من الداخل ، فنجد أن الفصامي يفشل في عمله ، ويرفض

دراسته ، حتي انفعاله يكون مضطرب ، فنجده يضحك أثناء الحديث عن شئ محزن ، وكانت اللغة أداة التعبير عن الاضطراب النفسي الداخلي.

* **دراسة زينب شقير** :بعنوان دراسة كلينيكية مقارنة لبعض جوانب الشخصية للمرأة العربية العاملة بكليات البنات بالسعودية ومصر ، للتعرف عن الفروق بين المجموعتين في بعض جوانب الشخصية مثل : معامل التوتر - الرعاية - الانزواء - العصابية - الانتماء ، طلب النجدة ، العقابية الداخلية ، العقابية الخارجية ، العدائية العامة ، اتجاه العدائية.

واختيرت مجموعتين للدراسة من الدارسات والعاملات في كل من كليات البنات بالسعودية وكليات البنات جامعة الأزهر بمصر .

وقد تم استخدام الأسلوب الكمي الكيفي في الدراسة باستخدام الاختبار الاسقاطي الجمعي والذي يتوخي مفاهيم التحليل النفسي ، ولجأت الباحثة إلي التفسير الكيفي للبيانات ، كما تم عمل بعض المقابلات الشخصية للحالات أثناء تطبيق الاختبارات ، التي أفادت في تحليل النتائج وتفسيرها ، حيث يري لاجاش أن البحث الكلينيكي يتم خلال مقابلة شخصية ، فالكلينيكي يعين الشخص ، ويلاحظ استجابات الشخص في وحدتها الكلية وتفاصيلها ، وذلك في موقف حيوي وهام في دلالته ، ألا وهو موقف الفحص ، أي أثناء المقابلة الشخصية الكلينيكية.

وطبق علي عينة الدراسة : اختبار الشخصية الاسقاطي الجمعي ، استخبار العدائية واتجاهها ، إجراء المقابلات الكلينيكية.

وأسفرت النتائج عن اتفاق مجموعتي الدراسة في بعض متغيرات الشخصية وبعض الاختلافات بينها في متغيرات أخري للشخصية يفرضها المجتمع (المصري - السعودي) وتقاليده وعاداته.

* **دراسة زينب شقير:** بعنوان دراسة لبعض مظـــاهر الصحـــة النفسية لذي عينة من ذوي اضطرابات الأكل من طلاب الجامعة. وقــد هدفت الدراسة إلي تكوين بطاريـــة اختبـــارات تفيــد تشـــخيص ذوي اضطرابات الأكل ، وذوي فقدان الشهية وذوي الشره العصبي ، مـــع بحث تأثير هذه الحالة الصحية علي بعض مظـــاهر الصحـــة النفســية مثل : صورة الجسم ، الحواجز النفسية ، الضغوط النفسية بما يفيد مــن التعرف علي الصورة الكلينيكية لهؤلاء المراهقين .

وصممت الباحثة مقاييس نفسية متعددة من أجـــل التشـــخيص : مقياس اضطرابات الأكل ، مقياس فقدان الشهية العصبـــي ، مقيـــاس الشره العصبي ، كما صممت مقاييس أخري لدراسة بعـــض جوانـــب الشخصية مثل : مقياس صورة الجسم ، ومقياس الحواجز النفســـية ، ومقياس الضغوط النفسية .

وطبقت الاختبارات علي عينة مكونة من ٣٠٠ طـــالب وطالبـــة بكلية التربية بطنطا من ذوي الفئات الكلينيكية المختلفة بجانب عينـــة من الأصحاء من الجنسين .

وقد أسفرت نتائج الدراسة إلي العديد من النتائج منها:-

-ثبتت كفاءة المقاييس المعدة في تشخيص ذوي فقـــدان الشـــهية وأيضاً ذوي الشره العصبي وذوي اضطرابات الأكل.

كانت النسبة المئوية لانتشار فقدان الشهية بين طلاب وطالبـــات الجامعة ٩٢, ٨% ، ٤٥, ١٥ للجنسين علي التوالـــي ، بينمـــا كـــانت النسبة المئوية لذوي الشره العصبي ٦, ٧% ، ١٠% للجنســـين علـــي التوالي .

-ارتفعت خصائص الشخصية اللاسوية : مثل ارتفاع معدل الضغوط النفسية ، وارتفاع معدل الحواجز النفسية ، وكذلك تشوه واضطراب صورة الجسم لدي عينتي الدراسة (فقدان الشهية) ، (الشره) مقارنة بالأصحاء .

* **دراسة زينب شقير**: عن القيمة التنبؤية لبعض الحالات الكلينيكية المختلفة من الطمأنينة النفسية والتفاؤل والتشاؤم وقلق الموت ، وذلك من منطلق تداخل متغيرات الشخصية مع بعضها البعض لتصب في منبعها داخل الفرد ، وما يترتب عليه من شخصية قد تكون سوية أو لا سوية ، وتهدف الدراسة إلي إمكانية التنبؤ بالحالة الكلينيكية (التعصب ، الاكتئاب ، السيكوسوماتيك ، الأسوياء) من خلال مجموعة من متغيرات الشخصية هي : (الطمأنينة النفسية ، التفاؤل ، التشاؤم ، قلق الموت) . وأجريت الدراسة علي عينة من طلاب كلية الطب جامعة طنطا ، بعد أن تم تطبيق بطارية اختبارات تشخيصية هي: مقياس التعصب ، مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية ، ومقياس الاكتئاب ، وذلك لتحديد الفئات الكلينيكية الأربعة عينة البحث ، ثم طبق علي هذه الفئات مقاييس: الطمأنينة النفسية ، التفاؤل ، التشاؤم ، قلق الموت .

وأسفرت النتائج عن ارتفاع معدلي التشاؤم وقلق الموت لدي مجموعات التعصب ، السيكوسوماتيين ، المكتئبين ، مقارنة بالأصحاء ، وفي المقابل انخفاض معدل التفاؤل والطمأنينة النفسية لديهم .

وباستخدام تحليل الانحدار اتضح أن معامل انحدار التعصب والاكتئاب والسيكوسوماتيك علي التفاؤل والتشاؤم لم تبنئ عن الحالة

الصحية لهذه المجموعات الثلاث ، بينما كان معامل الانحـــدار علـــي متغير قلق الموت (وكذلك الطمأنينة النفسية لمجموعـــة السـيكوماتيك فقط) تتبئ بقدر كبير من الدقة عــن الحالـــة الصحيـــة للمجموعـــات الكلينيكية الأربعة.

* **دراسة زينب شقير** : بعنوان دراسة تشخيصية مقارنة لبعـض المتغيرات النفسية لدي عينة من المصابين بالربو الشعبي مـن تلاميـذ الحلقة الثانية من مرحلة التعليم الأساســـي . وهدفـت الدراســة إلـي التعرف علي بعض المتغيرات المعرفيـــة (التحصيــل الدراســي) ، والمتغيرات السلوكية (السلوك العدوانـــي) ، والمتغـيرات المزاجيـة (الشعور بالوحدة) ومتغيرات الشخصية (التوافق) التي تفيد كمنبئـــات لتشخيص الربو الشعبي . وتم تطبيق المقاييس النفســـية التـــي تقيـس المتغيرات المعرفية والنفسية والسلوكية والشخصية موضوع الدراســة علي عينة مكونة من ٦٠ تلميذ وتلميذة مصابين بالربو الشـــعبي و ٦٠ من الأصحاء.

وأسفرت **نتائج** الدراسة عن انخفاض مستوي التحصيل الدراسي لدي مصابي ومصابات الربو الشعبي بسبب تكــرار الغيــاب لديــهم ، وارتفاع درجة الشعور بالوحدة والميــل للعزلـــة ، وارتفـــاع درجـــة العدوان المباشر لديهم ، وكذلك العدوان اللفظـــي ، ودرجـــة العـــدوان الكلي مقارنة بالأصحاء ، بجانب انخفاض معدل توافقـــهم الشـــخصي والجسمي والتوافق العام.

* قام **على الخطيب** بدراسة كلينيكية لمدي فاعلية اختبـــار تفـــهم الموضوع في تشخيص الهستيريا.

وانطلاقا من نظرية التحليل النفسي فقد كان سبب الهستيريا هو نوع من التوقف بالنمو النفسجنسي أو النكوص إلي المرحلة الأدويبية من مراحل تطور الليبيدو ، وأن الأعراض الهستيرية تظهر كنتيجة للذكريات المكبوتة ، وهذه التي تترجم عن نفسها في الأعراض التبدينية.

وهي دراسة كلينيكية استخدم فيها الباحث اختبار TAT ، وقام بتحليل وصفي لاستجابات المفحوصين وتأويلها وصولاً إلي تبين الخصائص المميزة للاستجابات في مجموعة الهستيريين علي أرضية من الاستجابات الخاصة بمجموعة الأسوياء ، استخدم المنهج الكلينيكي بعامة ومفاهيم التحليل النفسي بخاصة.

كما اعتمد الباحث في التشخيص علي كل من :-

- تشخيص المعالج النفسي أو الطبيب النفسي .
- مقياس الهستيريا في اختبار الشخصية متعدد الأوجه.
- قائمة أيزنك للشخصية.
- استمارة المقابلة الشخصية.
- المقابلات الكلينيكية.

وأسفرت النتائج عما يأتى :

- التبيت الأوديبي الصارخ في كل حالات الهستيريا.
- لم يكشف الاختبار عن التطابق الغيري الجنسي في كل الحالات.
- ظهور الأعراض الشعورية ، الحركية ، والتشنج الانفعالي ، والجولان النائم وغيرها من الأعراض الانفعالية.

وخلص الباحث من النتائج إلي معيارين أساسيين لتشخيص الهسيتريا باستخدام التات وهما: التثبيت الأدويبي الصارخ والتشويهات الادراكية.

* **دراسة ناريمان رفاعى** : لمعرفة مستوي العدوانية لدي العمياوات ، واستخدمت الباحثة الأدوات الكلينيكية التالية:- استمارة المقابلة الشخصية (تاريخ الحالة) ، اختبار الحاجات الكامنة (الغرائـز الجزئية) ، اختبار TAT .

وقد تمخضت نتائج الدراسة الكلينيكية عن أن العمي لا يرتبط بشكل مباشر بالعدوانية ، ولو كان العمي مسئولا عن العدوانية لكان من الأحرى أن يجعل العمياوات (الحالات) غارقات في العداونية ، أي أن ما من صلة مباشرة علي الإطلاق بين العمي والعدوانية ، وإنما يكون العمي مجرد عامل مساعد كإحباط رئيسي يعمل علي انبعاث العدوانية ، كاستجابة تعويضية تتيح التنفيس عن الطاقة ، بقدر ما تتيح مظاهر القوة الزائفة .

* **دراسة علي الخطيب** : وهي دراسة كلينيكية بهدف التعرف علي استجابات مرضي الاكتئاب العصابي علي اختباري تفهم الموضوع وبقع الحبر (الرورشاخ) ، حيث قارن الباحث بين العلاقات المرضية للاكتئاب العصابي علي اختباري تفهم الموضوع (التات) ، واتضح من خلال المقارنة بعد تطبيق المقياسين علي عينة من ذوي الاكتئاب التفاعلي ما يلى :

-ظهور الصراع واضحا بين الحالات الاكتئابية وبين الوالدين ، ولقد أخذ هذا الصراع شكل ثنائية الوجدان لديهم ، والذي جعلهم يتأرجحون بين الحب والكراهية وقد نتج عن ذلك :

١-حدوث تغير في التوازن الخاص بالدفعات الغريزية وتغير في ميكانيزمات الدفاع .

٢-تغير في علاقة المريض بالموضوع وصورته.

٣-وهذا الصراع أدي إلي شعورهم بحالة من فقدان الحب .

٤-وهذا الصراع أدي إلي نشأة مشاعر الذنب لديهم.

٥-وهذا الشعور بالذنب أدي إلي توجيه الاكتئابيين لعدوانتيهم ضد ذواتهم ، وأيضا ضد عالمهم الخارجي ، ظهر في الانعزالية ومنعهم من إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع العالم الخارجي .

٦-ظهور الاضطراب الجنسي ، وصاحبه ظهور الاضطراب في العلاقة بالأم وعدوانية موجهة ضد صورة الأم.

٧-هروب معظم الحالات الاكتئابية من الأعراض ، مما يدل علي استخدامهم نوعا من التكوين العكسي لأعراضهم الاكتئابية.

٨-ظهور فكرة الانتحار لدي الحالات الاكتئابية مما يدل علي نقص في علاقاتهم التكيفية الاجتماعية وحاجتهم الملحة إلي التقبل والحب.

* **دراسة محمد عبد الظاهر الطيب :** التحليلية المقارنة لتبين مدي إمكانية تشخيص العصاب القهري باستخدام TAT ، والدراسة تحليلية تهدف إلي تحليل قصص المفحوصين من العصابيين القهريين والأسوياء علي لوحات اختبار التات وتأويلها ، وصولا إلي التشخيص من خلال تأويل هذه القصص ، ولقد استخدم الباحث في تحليل هذه القصص وتأويلها المنهج الإكلينيكي ومفاهيم التحليل النفسي .

والدراسة من ناحية أخري هي دراسة مقارنة تهدف إلي مقارنة استجابات العصابيين القهريين علي اختبار التات باستجابات الأسوياء علي الاختبار ، وصولا إلي صفات عامة مميزة لاستجابات كل مجموعة من المجموعتين ، تحقيقا للعملية الأولي من التشخيص وهي المماثلة ، أما العملية الثانية من التشخيص وهي الملاءمة ، فيتم الوصول إليها من

خلال الدراسة المتعمقة لكل حالة علي حدة ، وتأويل الاستجابات الخاصة بها .

وبعد أن تم تشخيص عينة العصاب القهري بواسطة الطبيب النفسي ، وكذلك اختبار التات، تم تطبيق المقاييس التالية علي كلتا المجموعتين :-

-استمارة المقابلة الشخصية (تاريخ الحالة).

-المقابلات الكلينيكية.

-استمارة المستوي الاقتصادي الاجتماعي.

-اختبار التات.

-اختبار الذكاء العالي .

وقد نجح اختبار التات أن يوضح ما ظهر من استجابات حالات العصاب القهري ، والتي تمثل أساسا تشكيلة لنمط كيفي واحد هو التجنب . فالعصابي القهري قد رسم لنفسه خطا محدداً لا يحيد عنه حتي يضمن تجنب مواجهة حفزاته الخطرة ، وكانت أكثر الأشكال وضوحاً في قصص المفحوصين: التشكك - التعقل المسرف - الهروب من التفصيلات - رفض الاستجابة والمقاومة الشديدة - الهروب من استعراضية موسعة - الهروب من الأفعال في عالم الأفكار والتأملات.

وبالرغم من أن الميكانيزم الدفاعي (التجنب) قد رد الباحث لكلى الميكانيزمات الدفاعية الأخرى ، إلا أنه لم ينجح في إخفاء الحفزات الأصلية كالسلوك الجنسي أو العدواني ، ولذلك ظهرت العدوانية لديهم ، وقد تأخذ شكل تكوين مضاد في صورة حب مسرف وعناية زائدة ، كما ظهرت النزعة الأستية في قصص الحالات ، وظهرت التثبيات الأوديبية والرغبات المحارمية.

* قامت **ليلي عبد الحميد حلمي** : بدراسة لطبيعة اضطراب شكل التفكير لدي فئات فصامية مختلفة ، كما هدفت الدراسة أيضا لوضع بطارية لتشخيص الفئات الفصامية ، يكون من مميزاتها توفير الوقت والخروج بنتائج أيسر في التداعي الموضوعي عن غيرها من الوسائل الاسقاطية المتداولة ، حيث استخدمت مجموعة من الاختبارات تمثل بطارية متكاملة من التشخيص للفئات الفصامية الثلاث: المبتدئ ، البارانوي ، الهيبفريني وهذه الاختبارات هي:

- اختبار تداعي الكلمات .
- اختبار التصنيف.
- اختبار تكوين المفهوم .

وأسفرت النتائج : أن الفروق الكيفية في طبيعة اضطراب شكل التفكير عند الفئات الفصامية الثلاث كانت واضحة ، وظهرت بوضوح أكثر على اختبار تداعي الكلمات (الاسقاطي).

- أظهرت النتائج وجود علامات تشخيصية عند مرضي الفصام الهيبفريني عن النوعين الآخرين في كل من : اضطراب التنظيم ، اضطراب التوقع ، الترابط العرضي ، مع نقص في الاستجابات الملتصقة واستجابات تكملة الجمل عن الفئتين الأخرتين .

دراسة فريدة السماحي : لتشخيص الاكتئاب عند الأطفال باستخدام اختبار CAT للأطفال ، واستخدمت الباحثة المنهج الإكلينيكي بهدف تحديد جملة الشروط الحاكمة للسلوك ، وقامت الباحثة بجمع معطيات عن الطفل الإكتئابي عن طريق المقابلة مع الطفل ، وتطبيق اختبارات نفسية مثل اختبار الشخصية للأطفال (عطية هنا) ، واختبار يقيس الاكتئاب عند الأطفال ، وكذلك جمع معلومات عن تاريخ حياة

الطفل ، ثم تم تطبيق اختبار تفهم الموضوع للأطفال ، كما أجرت الباحثة مقابلات شخصية مع أسر الأطفال ، وسعت إلي تجميع الأحلام من أفراد العينة للاستعانة بها في دراسة قصص الأطفال علي اختبار CAT كمحكمات لصدق التفسير ، كما استعانت بالأطباء النفسيين في تشخيص الحالات ، واستخرجت الباحثة العلامات المميزة للاكتئاب عند الأطفال ، وكذلك درست ديناميات شخصية الحالات في قصص CAT ، وتوصلت لأهم الأعراض الكلينيكية المميزة للبناء الدينامي للطفل الاكتئابي كما ظهرت في قصص الأطفال علي اختبار CAT .

وكانت أهم الديناميات المستخرجة:

- فقدان العلاقة بين الوالدين والطفل.
- الحرمان من الإمدادات ومحاولة البحث عنها ومحاولة الحصول عليها إما بالتهديد أو بالاستعطاف .
- التفرقة بين الأخوة في المعاملة ، مما يولد مشاعر انعدام قيمة الذات.
- العدوانية الشديدة تجاه الوالدين ، بسبب الحرمان من الإمدادات والحرمان من الحب والرعاية.
- انقلاب هذه العدوانية ضد الذات ، وتظهر في الرغبة في تدمير الذات.
- تعلق الطفل الذكر بالأم ، وتعلق البنت بالأب ، ورغبة كل منهما في التخلص من الطرف الآخر (الأم أو الأب).
- فقدان الترابط الأسري بسبب سوء العلاقة بين الحالة والأسرة.
- الشعور بانعدام الحب.

كما أظهرت النتائج أهم الأعراض المميزة للبناء الدينامي للطفل الاكتئابي كما تظهر من خلال قصصهم علي اختبار CAT وهي:

- الأرق وانعدام النوم .
- مشاعر العزلة والوحدة والانسحاب.
- انعدام الأمن.
- الشكاوى الجسمانية.
- اضطرابات الأكل وفقدان الشهية للطعام.
- مشاعر الذنب.
- مشاعر انعدام القيمة.
- مشاعر انعدام الحب.
- كف اللعب.
- الأفكار الانتحارية.
- البكاء.
- الحزن وعدم السعادة.
- مشاعر العجز والضعف.

* **دراسة نيفين زيور:** الكلينيكية التشخصية للتعرف علي اضطراب صورة الجسم لدي الأطفال المصابين بالبوال ، والكشف عن نوعية اضطراب صورة الجسم في حالات البوال ، واستخدمت الباحثة منهج التحليل النفسي ، واستخدمت الأدوات الكلينيكية الاسقاطية : اختبار رسم الشخص لماكوفر ، الرسم الحر ، اختبار الرورشاخ ، اختبار CAT ، المقابلات الكلينيكية . وقد أكثرت من الاختبارات لتمدها بمادة ثرية عن الطفل ، كما استعانت بالتشخيص السيكاتري للحالات .

وجاءت النتائج لتسفر عن اضطراب صورة الجسم من خلال استجابتهم لبطاقات الرورشاخ ، والرسم ، في تشويهات تتميز بالتقطيع إلي أجزاء ، أي ما يعير عنه التحليل النفسي بالتفكك أو التصدع ، والتشويه ، ويشمل أعضاء التناسل ، الأمر الذي يجعل عقدة الخصاء تلح في تخيلات الأطفال ، وأن صورة الجسم ضرب من مزيج من

الملامح الذكرية والملامح الأنثوية ، أي ثنائية الجنسية سواء أكان الطفل ذكر أو أنثي ، وهو أمر يوحي بالتوحد بالأبوين معا.

* **دراسة شهيان شعبان** :لتشخيص الرهاب عند الأطفال باستخدام اختبار CAT ، واستخدمت الباحثة المنهج الإكلينيكي ، وقامت بجمع معلومات ومعطيات عن الطفل الرهابي عن طريق المقابلة مع الطفل ، ومع الأسرة واستعانت بالتشخيص السيكاتري ، وسعت إلي تفسير الأحلام ، وطبقت اختبار المخاف للأطفال ثم طبقت اختبار CAT للأطفال.

واستخرجت الباحثة العلامات المميزة للرهاب عند الأطفال ، كما توصلت لأهم الأعراض الكلينيكية المميزة للبناء الدينامي للطفل الرهابي ، كما ظهرت في قصص الأطفال علي اختبار CAT .

وكانت أهم الديناميات في شخصيات الطفل الرهابي ، كما ظهرت في قصصهم علي اختبار CAT وهي كالآتي:

- اضطراب في الشخصية ناجما عن اضطراب علاقة الطفل بوالديه وافتقادها سيكولوجيا.
- المعاملة السيئة من قبل الوالدين للأبناء ، مما ينجم عنها من عدوانية تجاه أحد الوالدين.
- الخوف الشديد من أي جديد أو مجهول .
- التعبير عن الموقف الأوديبي بالتصاق الطفل بأمه واستبعاد الأب والعكس عند البنت .
- اضطراب العلاقة بين الأشقاء بسبب التفرقة الوالدية بينهم ، كما ظهرت الأعراض الكلينيكية المميزة للبناء الدينامي للطفل الرهابي،

كما تكشف عنها استجابات الأطفال الرهابيين علي اختبـــار CAT والتي تتمثل في :-

- الخوف من الوحدة ومن ابتعاد الوالدين .
- القلق والتوتر. - العرق والرعشة.
- الفزع والرعب والصراخ الشديد.
- السرعة في دقات القلب. - الصعوبة في التنفس.

* **دراسة ابتسام السطيحة:** التي تهدف إلي تشخيص اضطـــراب الانتباه عند الأطفال ، واعداد بطارية تشخيصية للتعرف علي الأطفـــال ذوي اضطراب الانتباه ، مع تدريب القائمين علي تربية الأطفـــال علـــي تطبيق الاختبارات الخاصة بتشخيص تلك الفئة ، وأجريت الدراسة علي ١٣٥ تلميذ بالمدرسة الابتدائيـــة بمدينـــة طنطـــا ، وتكونـــت بطاريـــة الاختبارات التشخيصية من :

قوائم الملاحظة السلوكية ، قائمة كونرز لتقدير ســـلوك الطفـــل ، اختبار وكسلر لذكاء الأطفال ، اختبار تزاوج الأشكال المألوفة ، اختبـــار بندرجشطلت البصري الحركي ، اختبـــارات تقيـــس الانتبـــاه الســـمعي والبصري (اختبار تزاوج الأرقام ، اختبار الشطب) ، مقيـــاس تقديـــر الكتابة ، اختبار المحصول اللفظي ، اختبار CAT للأطفال .

وجاءت نتائج الدراسة لتسفر عن خصائص معينة لذوي اضطراب الانتباه من الأطفال أهمها :-

- الاندفاعية لدي هؤلاء الأطفال مضطربي الانتباه وفي عدم قدرتهم علي الاستمرار في أعمالهم لمدة طويلة ، وصعوبة في انهاء بعض الأعمـــال التي تطلب منهم مما يشير للاندفاعية.
- ضعف القدرة علي ضبط الاستجابة الصادرة منهم .

- صعوبة الاستمرار في العمل الجماعي وضعف القدرة على التنافس الاجتماعي .
- القلق والعدوانية.
- انخفاض مستوى التحصيل لديهم.
- العدوانية الشديدة تجاه الأقران ، أو حتي تجاه الأشـياء الموجـودة بالفصل.
- ضعف القدرة علي التنافس الاجتماعي مع العاديين .
- ضعف القدرة الاستفادة.

وبذلك فقد ثبت فاعلية استخدام قوائم الملاحظة فـي تشـخيص الأطفال ذوى الاضطراب فـي الانتبـاه والتعـرف عليـهم ، وعلـي الخصائص التي يتصفون بها ، ومدي فاعليـة ملاحظـة المدرسـين للأطفال.

* **دراسة مايسة شكري:** للتعرف علي الفروق في نمط السـلوك (أ) لدي ثلاث فئات إكلينيكية من الذكور الراشدين وهـي : مرضـي القلب، مرضي السرطان ، والمصابين بحوادث المـرور أو حـوادث مهنية أو حوادث تسمم ، مقارنة بالعـاديين ، طبـق عليـها مقيـاس خصائص النمط (أ) ، وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيـا بين مرضي القلب ومرضي السرطان ومرضي الحوادث وبين العاديين في الدرجة علي نمط السلوك (أ) لصالح الفئات الكلينيكيـة الثـلاث ، بينما لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الفئات الكلينيكية الثـلاث علـي مقياس نمط السلوك (أ) ، مع تميز الفئات الكلينيكية بخصائص سـلوكية تشخيصية تتمثل في : السرعة ، نفاذ الصـبر، الطمـوح ، المثـابرة، العدوانية ، التوتر والانفعال ، الاستغراق في العمل .

* **دراسة كوثر رزق** : بعنوان القلق الاجتماعي عند طلاب الجامعة (دراسة تشخيصية علاجية) بهدف عمل مقياس لتشخيص مصري عربي لقياس القلق الاجتماعي ، وأيضا لعلاجه عن طريق وضع برنامج علاجي يعتمد علي العلاج المعرفي السلوكي ، وأجريت الدراسة علي ٢٠٠ طالب ، ٢٠٠ طالبة بالفرقة الثانية بكلية التربية جامعتي المنصورة وقناة السويس .

وطبقت علي العينة مقاييس : القلق الاجتماعي ، المقابلة الإكلينيكية ، اختبار أيزنك للشخصية ، اختبار جيلفورد، كما تم تطبيق البرنامج العلاجي علي أكثر حالات الدراسة معاناة من القلق الاجتماعي . وقد أسفرت النتائج عن نجاح البرنامج في خفض درجة القلق لدي العينة التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي.

* **دراسة محمد الشيخ** : عن فعالية العلاج الواقعي في علاج بعض المشكلات السلوكية لدي عينة من تلاميذ الحلقتين الأولي والثانية من التعليم الأساسي بمحافظة الفيوم . واستهدفت الدراسة التعرف علي بعض المشكلات السلوكية لدي العينة ، كما استهدفت إلي الكشف علي مدي فعالية استخدام العلاج الواقعي (وليم جلاسر) في علاج تلك المشكلات : وقد أظهرت النتائج عن وجوده(٤٥) في مشكلة فرعية ، تم تصنيفها إلي خمس مجموعات تمثلت في :-

١-مشكلات تتعلق بالسلوك الأخلاقي.

٢-مشكلات الصفات غير المرغوبة .

٣-مشكلات تتعلق بالسلوك العصابي .

٤-مشكلات الخروج عن النظام .

٥-مشكلات تتعلق بصعوبات التوافق .

ثم تم ترتيب المشكلات من حيث أهميتها لدي كل مـن الذكـور والأناث وتمت المقارنة بينهم ، وبعدها تم تطبيـق برنـامج إرشـادي متمثلا في فنيات العلاج الواقعي ، بعد تدريب المعلميـن والمعلمـات عينة البحث الحالي علي تلك الفنيات قبل تطبيقه في المـدارس علـي اصحاب تلك المشكلات ، وأظهرت النتائج وجود فـروق دالـة بيـن التطبيقين القبلي والبعدي ، وكذلك بين التطبيقين البعدي الأول والبعـدي الثاني ، وهذا يعني استمرار فعالية البرنامج من حيـث تـأثيره علـي خفض تلك المشكلات.

-ثانيا الدراسات الأجنبية:

* **دراسة مورجان** : عن التشخيص الفارقي للفصام والحـالات الانعكاسية ، حيث أوضح مورجان أن التفريق غاية في الصعوبة بيـن الذهان الانعكاسي الطويل المدى والفصام تحت ظـروف ذات أصـل نفسي ، وذكر أن التحليل العيـادي للمشـاهد يظـهر أن التشـخيص الفارقي في هذه الحالة يجـب أن يكـون علـي أسـاس الأعـراض المعروفة ، وفروق في انتظام الصفات الدينامية لهذه الأعراض ، ففـي الفصام لا يكون المرض هو سيادة لرد فعـل نفسـي ، ويكـون دور العلامة النفسية منخفضا علي مستوي تشكيل نفسي للخـبرة الذهانيـة فقط ، أما في حالات الانعكاس طويلة المدي فيحدث تفكـك تدريجـي وتحول في الأعراض واقترح أن دراسة التأثير الدينامي للعقاقير قـد تساعد في التشخيص بين هاتين الفئتين.

دراسة برادمز وبلومارد:بهدف تحليل الموضوعات التي كونـها الأولاد في سن الثامنة علي اختبـار CAT ، مـع مقارنـة قصـص مجموعة من البنين والبنات في نفس السن ، وتمـت المقارنـة مـن

استجابات (٥٠) طفل في سن الثامنة علي اختبار CAT ، بمجموعة مشابهة من البنات ، وقد كان هناك تشابه كبير ، ولكن كان الذكور اقل ميلا إلي مواجهة تحكم الكبار ، وأعطوا استجابات أكثر شيوعاً ، وأظهروا مشاعر أقل عدوانية ، أما البنات فقد كشفن عن أنهن بصفة عامة أكثر نضجا في طريقة استجاباتهن .

* **دراسة سكاب وجانيت ماري:** لتشخيص اضطراب الانتباه لدي الأطفال ذوي اضطراب الانتباه بدون فرط النشاط ، والأطفال ذوي اضطراب الانتباه المصطحب بفرط النشاط وطبق علي المجموعتين الدليل التشخيصي الإكلينيكي DSM – III ، ومقياس تقدير سلوك الطفل لكونرز ، والمقابلة الكلينيكية ، ومقياس الأداء المستمر.

وأسفرت نتائج الدراسة فعالية الدليل التشخيصي الإكلينيكي DSM - III في تشخيص فئة اضطراب الانتباه بدون فرط النشاط ، وأن الأطفال ذوي اضطراب في الانتباه يعانون من مشكلات متعددة ، أهمها الاندفاعية ، وتشتت الانتباه.

* **دراسة فافارو وآخر:** للتعرف علي دوافع إيذاء الذات لدي مرضي الشره العصبي للطعام ، وأجريت الدراسة علي ١٢٥ مريض بالشره تم تشخيصهم باستخدام دليل التصنيف الأمريكي الرابع ، وأجريت لهم مقابلات شخصية واستفتاءات ذاتية ، وأظهرت النتائج معدل مرتفع لسلوك إيذاء الذات لديهم ، وتم التعبير عنه بالقيء الإجباري ، وسوء استخدام الملينات ، كما توصلت الدراسة إلي أن دافع سلوك إيذاء الذات كان مرتبطا بسوء الاستخدام الجنسي بدرجة كبيرة ، وبمشاعر عدم التقبل الذاتي (الرفض) لديهم.

* **دراسة بورايت:** لتحديد الصورة الكلينيكية للسلوك وصورة الجسم ومفهوم الذات لدي عينة من ذوات فقدان الشهية العصبي ، واستخدمت (٩) مقاييس نفسية معظمها إسقاطية ، وأوضحت النتائج اضطراب واضح في صورة الجسم ، والخوف من الوزن الزائد ، والخوف من انقطاع الطمث المتكرر ، مع ارتفاع معدل الاكتئاب والقلق الاجتماعي ، وتجنب ممارسة السلوك الاجتماعي كأداة لتقييم صورة الجسم .

* **دراسة مكيفوي - تيودور:** عن احتمالية المناظرة بالانتحار عن طريق اختبار التات ، وقد نجح اختبار التات في هذه الدراسة في تقييم احتمالية المناظرة بالانتحار ولتقييم العدوانية لدي الجانحين والاستعداد للانتحار بأنهما ليسا أمراً مؤكدا.

* **دراسة ونترولييام والأخرون:** عن ثيمات Themas العدوانية في لوحات اختبار تفهم الموضوع للأسرة ، باستخدام ثلاث قصص من الاختبار ، تقوم كل منها علي ثلاث لوحات أنتجتها بطريقة مشتركة في صورة موحدة (١٢٦) أسرة ثلاثية الأعضاء ، وتم تصحيح هذه القصص من حيث الكمية النسبية للعدوانية المكبوتة ، والنسبة المئوية للعدوانية الصريحة في الثيمات ، وذلك استنادا إلي ٥٠ أسرة أطفالهم أسوياء ، ٤٤ أسرة أطفالهم عديمو التوافق الانفعالي ، ١٦ أسرة مصابون ، ١٦ أسرة أطفالهم جانحون ، ولقد كشف تحليل النتائج عن أن المجموعتين السوية والفصامية أعطيتا قسطا منخفضا من حيث العدوانية المكبوتة والصريحة كليهما. بينما كانت قصص الأسر من أصحاب الأطفال عديمو التوافق الانفعالي مرتفعة من حيث المتغيرين السابقين ، أما أسر أطفال الجانحين فقد سجلت قصصها

ارتفاعا في العدوانية المكبوحة ، ولكنها سجلت من حيث العدوانية الصريحة ما يقرب في نتائجه من الأطفال الأسوياء.

* **دراسة فريد مان:** عن الخبرة الذاتية لاضطراب المعرفة والإدراك ، إعادة تقييم لسير الشخصية ، حيث قام الباحث بفحص كتب ومقالات السيرة الشخصية لحوالي ٦٠ فصامي ، قاموا بتسجيل هذه السير أثناء أو بعد خبرتهم الذاتية ، ويهدف البحث إلي وصف التغيرات التي تطرأ علي إدراك المريض وخبراته المعرفية ، وتوصل الباحث من خلال السيرة الذاتية للعينة إلي وجود علامات تشخيصية واضحة للفصامي هي: نقص في الانتباه ، تسابق للأفكار وتعويق لها ، زيادة المستدعيات بين الأفكار ، الإجهاد الذهني ، نسيان وصعوبة التعرف علي الكلمات المألوفة والأشخاص والموضوعات ، خلط وخطأ في التعرف علي هوية الأفراد المعروفين مسبقا ، نقص في التذكر بصفة عامة ، غلق التفكير وتوقفه ، إعادة في إخراج اللغة (الكلام) ، وفي عمليات الفهم ، إحساس مشوه بالزمن.

* **دراسة دي سوسا:** كان الهدف منها هو التوصل إلي الفروق بين استجابات الأطفال المضطربين انفعاليا ولديهم مشكلات سلوكية ، واستجابات الأطفال الأسوياء علي اختبار CAT ، وأوضحت الدراسة أن الأطفال المضطربين انفعاليا تتميز قصصهم بما يأتي:-

- التوحد مع الصفة التي يرونها عدوانية.
- نظرتهم إلي البيئة وكأنها تهددهم.
- ظهور عدائية تجاه الوجه الأمومي.

- تكرار المفاهيم في قصص الأطفال المضطربين: العقاب ، العنف ، الحوادث ، العدوانية ، الأصدقاء ، الأعداء ، الظلم ، خيبة الأمل ، السرقة.

* **دراسة كاجان كوفمان:** بهدف دراسة العلاقات الممكنة بين الاضطرابات الوظيفية في النطق والمشكلات الانفعالية لدي طلاب الصف الأول علي اختبار CAT ، وتمت مقارنة هؤلاء الأطفال ذوي مشكلات في النطق بالأطفال ذوي النطق السليم ، وأوضحت الدراسة أن المجموعة المضطربة تتميز قصصهم بما يأتي:-

- قلة الكلمات في القصة .
- استجابات أكثر دلالة علي العدوانية الفمية .
- عداء الوالدين الموجه نحو الطفل .

- **دراسة شاملي:** للتعرف علي ديناميات الشخصية عند العميان ، وقد تم إعداد التات الصوتي من عشر مجموعات صوتية ، ثم تم تطبيقه علي خمسة من العميان وخمسة من المبصرين المراهقين ، واستخدمت طريقة موراي في تقدير الدرجات ، وقد كانت توجد فروق بين مجموعتي الدراسة ، كما كانت درجات أفراد مجموعة العميان أعلي بشكل دال في العدوانية الصريحة والعدوانية المتجهة نحو الطفل ، والاستجابات المسايرة لقيم المجتمع ، والاستجابات غير الملائمة ، واستجابات التقبل. وهذه النتائج تطرح مشكلات خطيرة بالنسبة للعميان ، وإلي القائمين علي تعليمهم ، وإلي المجتمع علي وجه العموم.

* **دراسة رامبل - سيتفن:** للتعرف علي الخصائص النفسية لــدي الأطفال ذوي اضطراب الانتباه بالمرحلة الابتدائية ، واستخدمت بطاريــة من الاختبارات تشمل:-

الدليل التشخيصي الإكلينيكي (DSM –III) واختبار تقدير سـلوك الطفل لكونزر ، واختبار الأشكال المألوفة ، واختبار الأداء المســـتمر ، واختبار وكسلر لذكاء الأطفال وقائمة سلوك الطفـــل ، ومقيــاس البيئــة الاجتماعية ، وأسفرت النتائج عن كفاءة هذه البطاريــــة فـــي تشـــخيص اضطراب الانتباه لدي الأطفال وكذلك في التعــرف علـــي الخصـــائص النفسية المميزة لهم.

* **دراسة ويلكوكسن:** بعنوان التحليل النفســـي - اللغــوي للغــة الفصامي ، وأجريت الدراسة ١٠ حالات فصام بارانوي ، و١٠ فصــــام غير بارانوري ، ١٠ أسوياء ، وأشارت النتائج إلي:-

١- وجود خلل (اضطراب) في الاتصال والحديــث (اللغـــة) الشـــفهي والكتابي للفصامي ، ويكون الاضطـــراب فـــي الحديــث الشـــفهي للفصامي أكثر مما في حديث السوي.

٢- أن الفصامي أقل في قدرته في استخدام كلمات أو عبارات ضعيفــة الارتباط ببعضها.

٣- اقترحت الدراسة المزيد من البحوث الخاصة بالفروق التركيبية فـــي الحديث لدي فئات الفصام ، من أجل المساعدة في إجــراء التشـــخيص والعلاج والتقييم العلاجي للفصاميين.

* **دراسة فرانســـيس ، فرنـــا:** لتشـــخيص اضطـــراب الانتبـــاه الاختياري لدي الأطفال ذوي صعوبة في التعلم مـــن الصفيــن الثـــالث والرابع الابتدائي ، وطبق علي العينة بطارية اختبـــارات مكونـــة مـــن:

وكسلر لذكاء الأطفال ، ومقياس تقدير سلوك التلميذ المختص ، واختبار المفردات ، واختبار رسم الشخص ، وأسفرت نتائج الدراسة إلي أنه يمكن التمييز بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم ، يمكن تشخيصهم من خلال ظهور اضطراب في سعة الانتباه لديهم.

* **دراسة روتر ، وويشمر ، ويوتن:** عن مدي إمكانية التنبؤ بلغة الفصامي ، والتحقق من أن حديث الفصامي يصعب التنبؤ به بالمقارنة بحديث السوي ، وطبق علي ١٠ من مرضي الفصام غير البارانوي نماذج من عبارات (جمل) متقطعة وعديمة الترابط عددها (١٠) عبارات من حديث المرضي بالفصام غير البارانوي ، وعشر عبارات أخري من حديث المرضي بالفصام تم تسجيلها من خلال المقابلة الشخصية ، وبعد ذلك تم حذف الكلمة الرابعة في كل عبارة ، وإعادة تسجيلها.

وجاءت النتائج لتسفر عن الاضطراب اللغوي لدي الفصامي.

* **دراسة أوزاوا وجوزيف:** بهدف تشخيص اضطراب الانتباه والقابلية للتشتت والاندفاعية لدي الأطفال ذوي صعوبات التعلم ، وقد استخدم في التشخيص لاضطراب الانتباه كل من: الدليل الإكلينيكي الإحصائي DSM – III ، ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال ، ومقياس الأشكال المألوفة ، ومقياس أوزاوا المعدل للسلوك لقياس الاندفاعية والتشتت ، وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط دال وواضح علي المقاييس المستخدمة مع هؤلاء الأطفال ، وإلي أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من تشتت في الانتباه أكثر من الأطفال العاديين.

* **دراسة جريفث وميد نيك:** عن اضطرابات التداعيات اللفظيــــة لدي الأطفال المعرضين للإصابة بالفصام ، وكانت الدراسة طولية لمــدة ٨ سنوات ، وطبقت علي عينة الدراسة: المقابلات الكلينيكية للحـــالات ، اختبار الشخصية المتعدد الأوجه ، مقياس وكســلر للأطفــال ، جــهاز تسجيل ، ساعة إيقاف ، اختبار تداعي الكلمـــات الفــردي والمســتمر . وأسفرت النتائج عن أن الأطفال الذين كانت أمهاتهم مصابـــة بالفصــام المزمن الخطير أظهرت تداعياً لفظياً اضطرابا مقارنة بالأطفال الذين لــم يكن لهم تاريخ عائلي مشتمل علي مرض عقلي .

***دراسة رابي – جابلونسكا. ج:** للتعرف علي اضطراب صـــورة الجسم لدي ذوي فقدان الشهية العصبي ، وأجريت الدراسة علـــي (٣٠) من الإناث بعد التشخيص بدليل تصنيف الأمراض النفســية الأمريكــي الرابع ، وإجراء مقابلات كلينيكية مع أمهات الحـــالات للتعــرف علــي أسباب اضطراب صورة الجسم وعلاقته بأحداث الحياة وانخفاض تقديــر الذات ، وأسفرت النتائج عن اضطراب صورة الجسم لدي أفراد العينــة، وانخفاض تقدير الذات ، وارتفاع القلق.

* **دراسة كارولين وأخر:** لزملة الأعراض الشخصية والإكلينيكيــة المصاحبة للمرض المزمن ، وأجريت الدراسة علي ٣٠ من المرضــــي المزمنين الذين تلقوا عناية خاصة ، ٢٨ من المرضي الذين لــم يلتقــوا العناية (مجموعة ضابطة) ، وكشفت النتائج عن وجـــود فــروق بيــن المجموعتين في العديد من المتغيرات وخاصة متغيرات الاكتئاب والقلــق وشكل الجسم.

* **دراسة كويليت سو:** الكلينيكية بشأن استخدام تكنيك الرسم الاسقاطي في قياس الشخصية للبالغين الصم ، حيث استخدم تكنيك رسم الرجل - الشجرة لدي عينة (٣٣) من البالغين الصم الذين لايستخدمون اللغة. حيث تم تقدير الثبات والصدق لهذا التكنيك ، وقد تم تقدير الثبات الداخلي لأربعة مقاييس ، كما تم تقدير الصدق لخمسة سمات شخصية لديهم: العدوان ، الاندفاعية ، عدم النضج ، التمركز ، حول الذات ، الاستقلال.

الباب الثانى

الإرشاد النفسى وتطبيقاته الإكلينيكية

الفصـــــــل الأول

-تعريف الإرشاد النفسي.

-أهم مجالات الإرشاد النفسي.

-أنواع الإرشاد النفسي.

- أهداف الإرشاد النفسي.
- مراحل الإرشاد النفسي ومناهجه وأدواته.
- العلاقة بين التوجيه النفسي والإرشاد النفسي والعلاج النفسي.
- العاملون في مجال الإرشاد النفسي (فريق العمل)
- استراتيجية الإرشاد النفسي .

الإرشاد النفسي Counseling

إن علم النفسي الإرشادي هو تخصص وفرع من فروع علم النفس التطبيقي ، يؤكد على إمكانية تغيير وتعديل السلوك مثله مثل باقي العلوم التطبيقية الأخرى مثل الطب النفسي ، وعلم النفس الإكلينيكي ، وعلم النفس المدرسي ، وأن موقع (بيئة) المقابلة بين المرشد والمسترشد هي البيئة الأساسية التي تحدث علاقة بينهما ، ولهذه العلاقة من التأثير الفعال في إمكانية إحداث تغيير .

لقد نشأ علم النفس الإرشادي ونما في الولايات المتحدة الأمريكية ، وظهر الاستخدام الأول لهذا المصطلح في نهاية الأربعينات وأوائل الخمسينات ، وظهر استخدامه في أوائل القرن العشرين في شكل توجه مهني قدمه فرانك يارسونز ، ويركز علم النفس الإرشادي في خدماته الإرشادية علي تيسير السلوك الفعال للانسان من خلال عمليات نموه علي امتداد حياته كلها ، وكذلك التأكيد علي المظاهر الإيجابية للنمو والتوافق ، ويتم ذلك من خلال الفرد على اكتساب أو تغيير المهارات الشخصية الاجتماعية ، ومن خلال تحسين التكيف لمطالب الحياة المتغير ، ثم تعزيز عديد من قدرات حل المشكلات واتخاذ القرارات (عبد الله سليمان).

أي أن العمل الإرشادي أساسا يهتم بالجانب النمائي والجانب الوقائي للفرد ثم يهتم بعد ذلك بالجانب العلاجي والتدخل في الأزمات .

ويتكون الإرشاد من أنشطة قائمة علي أساس أخلاقي يتخدها المرشد في محاولة لمساعدة المسترشد للانخراط في تلك الأنواع من السلوك التي تؤدي إلي حل مشكلاته.

وتشير كلمة الإرشاد النفسي إلي الاعتماد علي ما هو موجود لدي المريض والاعتماد علي ذلك في مساعدة هذا المريض علي التغلب علي المشكلات التي تواجهه والتي لا يستطيع التغلب عليها بمفرده ، والتي غالبا ما تتصف بأنها مشكلات وجدانية ، وعليه فإن الإرشاد النفسي يهتم بالفرد وليس بالمشكلة التي يعاني منها ، باعتبار إن في مقدوره أن يعالج مشكلاته ، كما يؤكد الإرشاد علي عملية التعلم وعلي اعتبار أن المقابلة الإرشادية عبارة عن موقف تعليمي يتعلم الفرد فيها كيف يمكنه حل مشكلاته ، وذلك نتيجة للنضج والنمو الذان يحدثان أثناء عملية المقابلة ، وما يتضمنه هذا النمو من تغيير في اتجاهات الفرد ، وفي قيمه، وفي ادراكه للأمور بقدر ما ترجع إلي المشكلات الشخصية والذاتية ، وعليه فإن المشكلات التي يعالجها الإرشاد النفسي تكون في الغالب مشكلات انفعالية (خير الزراد).

وقد ظهرت عدة تعريفات للارشاد النفسي نرد منها ما يلي:-

- **روجرز:-** علاقة ذات بينية متسامحة تسمح للعميل أن يكتسب فهما لذاته يؤدي إلي اتخاذ خطوات ايجابية نحو الوجهة الجديدة.
- **زينب شقير:-** علاقة بين فردين أحدهما المرشد النفسي مهمته تقديم المساعدة ، والآخر هو العميل الذي يسعي إلي فهم نفسه وحل مشاكله ، وتتضمن هذه العملية مساعدة الفرد (العميل) علي استخدام امكانياته وقدراته استخداما سليما للتكيف مع الحياة ، بهدف نمو إمكانيات العميل وقدراته وميوله من خلال حل مشاكله العقلية والاجتماعية والانفعالية والروحية.
- **باترسون وايزينبرج:-** مساعدة المسترشد من التعامل مع الضغوط وأن يشترك في الأنشطة التي تؤدي إلي النمو ، وأن يتخذ

القرارات ، ويساعد المرشد المسترشد في أن يكتسب ضبطا علـــي مشكلاته المباشرة واحتمالاتها المقبلة.

- **ممدوحة سلامة:** مساعدة الفرد علي التوافق وفي اتخاذ القــرارات الذكية التي تتعلق بكيفية مواجهته لما يعترضـــه مـــن مشـــكلات ، والقدرة علي اتخاذ القرارات أو القيام باختيارات حكيمة مـــن بيـــن بدائل حلول محتملة ، أي أنه المساعدة أو العـــدون الـــذي يقدمـــه شخص ذو صفة مهنية لشخص آخر للقيام باختياراتـــه وتوافقاتـــه وفي حل مشكلاته.
- **حامد زهران:** الإرشاد النفسي عملية بناءة تهدف إلـــي مســـاعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعـــرف خبراتـــه ويحـــدد مشكلاته وينمي امكانياته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبتـه وتعليمه وتدريبه لكي يصل إلي تحديد وتحقيـــق الصحـــة النفسـية والتوافق شخصيا وتربويا ومهنيا وأسريا وزواجيا.

أهم مجالات الإرشاد النفسي:-

- **الإرشاد العلاجي:-** هو مساعدة العميل في اكتشاف وفهم وتحليـــل نفسه ، ومشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية التي تؤدي إلـــي سوء توافقه النفسي ، والعمل علي حل مشكلاته بما يحقق أفضـــل مستوي للتوافق والصحة النفسية.
- **الإرشاد النفسي:-** ويهدف إلي تبصير المسترشد بأسباب مشـــكلته ومساعدته في اتخاذ قراراته وتعديل ســـلوكه ، ويـــهتم بمعالجـــة المشكلات النفسية التي تعوق توافقه النفسي مثله مثـــل الإرشـــاد العلاجي.

الإرشاد التربوي:- ويهدف إلي مساعدة الفرد في رسم الخطط التربوية التي تتناسب مع قدراته وميوله وتحقق أهدافه ، كما يهتم بمساعدته علي حل مشكلاته التربوية بما يحقق توافقه التربوي ويساعده علي تحقيق استمرار في الدراسة وتحقيق النجاح منها.

الارشاد الديني: يهدف الي بعث الإيمان والثقة بالنفس وكذلك الاهتمام بالتعاليم الدينية الدنيوية والعمل علي توجيه الفرد توجيها دينيا سليما.

الارشاد الأخلاقي:- يهدف إلي تحقيق النمو الأخلاقي ، والبعد عن الشر وتحقيق الفضيلة والعدل والأحكام الصحيحة الصادقة ، والمعاملة الوجدانية الصحيحة ، وتحقيق السلوك الأخلاقي لدي الفرد.

الارشاد المهني (التأهيلي):- لمساعدة الفرد في اختيار مهنته بما يتناسب مع قدراته وميوله وظروفه الاجتماعية وحاجة المجتمع ، ووضع الشخص المناسب في المكان المناسب بما يحقق التوافق المهني بما يعود بالخير علي الفرد والمجتمع.

الإرشاد الزواجي:- يساعد الفرد علي اختيار زوجه ، والاستعداد للحياة الزوجية والدخول فيها والاستقرار والسعادة ، وتحقيق التوافق الزواجي ، وحل ما قد يطرأ من مشكلات زواجية قبل الزواج وأثناءه وبعده.

الارشاد الصحي:- ويهدف إلي تحقيق الصحة النفسية والصحة الجسمية لدي الفرد ، وتحقيق التوازن النفسي والعضوي والفكري لديه ، وزيادة التوعية والثقافة الصحية.

الارشاد الاجتماعي:- ويهتم بتوجيه معايير الفرد وقيمه وعاداته وأدواره الاجتماعية وتحقيق التفاعل الاجتماعي السليم والتكيف المناسب.

ارشاد الأطفال: يهدف إلي مساعدة الطفل لتحقيق نمو سليم متكامل ، ورعاية نمو الطفل نفسيا وتربيتهم اجتماعيا أو حل مشكلاتهم اليومية.

الارشاد الأسري:- يتركز في مساعدة أفراد الأسرة (الوالدين والأولاد) فرادي أو جماعة علي تفهم الحياة الأسرية ومسئولياتها ، وتكوين وجهة نظر ايجابية ، وتعلم تحقيق الأهداف الذاتية والأسرية من خلال اختيارات ذات معني لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسري وحل المشكلات الأسرية ، بهدف تحقيق سعادة واستقرار الكيان الأسري وبالتالي سعادة المجتمع واستقراره.

وفي مجال أسر المعوقين فإن مراحل الارشاد التي يتم بها وعي الوالدين والأسرة بمشكلة طفلهم المعوق لأول مرة إلي أن يصلاً لتقبل الطفل وهذه المراحل هي:-

الوعي بالمشكلة - التعرف علي المشكلة الأساسية - البحث عن سبب - البحث عن علاج - تقبل المشكلة.

وقد اشتملت وسائل الارشاد الأسري علي وسائل متعددة منها: الاختبارات ، والسجلات والملاحظة ، دراسة الحالة ، السيرة الذاتية ... الخ.

ارشاد الشباب:- هو عملية المساعدة في رعاية وتوجيه الشباب نفسيا وتربويا ومهنيا واجتماعيا ، والمساعدة في حل مشكلاتهم اليومية ، بهدف مساعدة الشباب في تحقيق نمو سليم متكامل ، وتوافق سوي شامل ، وتحقيق أفضل مستوي ممكن من الصحة النفسية.

الارشاد النفسي في مجال الجامعة:- حدد عبد الله سليمان وظائف الارشاد في الجامعة منها: أجراء البحوث ، وتقدير وتشخيص

الطلبة لتحديد أساليب التدخل الارشادي الملائمة ، التدخـــل الارشـــادي وتقديم الخدمات الارشادية للطلبة ، تقديم الاستشارات المهنية والفنية مـــن أجل خدمة الطلاب وتعليمهم ، وتطوير برامج الخدمات والاشراف علـــي خدمات الارشاد بالجامعة وتقويم كل ما يقدم من خدمات.

أنواع الارشاد النفسي:-

الارشاد المباشر: ويستخدم عندما يكون هناك نقص في المعلومات لدي العميل وتقدم المعلومات بشكل مساعدة مباشرة ، كما تقدم الحلـــول الأفضل لمشكلات المريض ، ويقوم المرشد بوضع الخطط للمريـــض ، وتحديد الاختبارات اللازمة وتطبيقها ، ويتابع مدي نجاح العلاج الـــذي حدده.

الارشاد غير المباشر: أي الارشاد غير الموجه ، حيـــث يـــهيء المرشد الجو أمام العميل من أجل التعبير عن مشاعره ، والتعرف علـــي مشكلته ودراستها ، واتخاذ قراراته بنفسه ، والوصول إلي حـــل لـــها ، بشرط عدم سلبية المعالج ، وعليه أن يستمع للعميل ويتعاون معه مـــن أجل التحرك نحو الهدف المطلوب.

الارشاد الخياري: وهو أسلوب توفيقي يجمع بين طرق الارشـــاد المختلفة بحيث يأخذ منها ما يناسب ظروف المرشد والمسترشد والمشكلة والعملية الارشادية بصفة عامة. وينقسم إلي :

أ- الاختياربين الطرق وهو أسلوب يعتمد علي اختيار أســلوب أو أكثر من الأساليب الأخري للإرشاد بناء علي نوع المشـــكلة وظـــروف وامكانيات المرشد والمسترشد.

ب- الجمع بين الطرق ، حيث يقوم المرشد بالجمع بين عدد مـــن الطرق ويختار من كل طريقة أفضل ما فيها (زهران).

الارشاد العرضي: حيث تتم عملية الارشاد بسرعة وبصورة طارئة ، وبدون تخطيط مسبق أو برنامج محدد ، وهذا النوع من الارشاد العرضي يقابله نوع من التوجيه العرضي ، حيث يتقاضى الموجه فيه كثير من ضرورات التوجيه ، ومن ثم فهو يقوم علي أساس ضعيف ، وهو عمل طاريء وليس عملية منظمة ، وله بعض الفائدة في السير في الاتجاه الصحيح.

الارشاد الفردي:- وهو إرشاد فرد لفرد وجها لوجه وبشكل مباشر ويمكن استخدامه في إرشاد الفئات الخاصة وأصحاب المشكلات ذات الطبيعة الخاصة مثل المشكلات الجنسية والجنوح.

الإرشاد الجماعي: هو إرشاد مجموعة من الأفراد الذين تتشابه مشكلاتهم مع بعضهم في مجموعة واحدة أو أكثر ، ويمكن استخدامه في الإرشاد التربوي والإرشاد المهني ، وحالات الانطواء ، والخجل ، والشعور بالنقص ، ومن أساليبه السيكودراما والسوسيودراما ، والندوات والمحاضرات والمناقشات الجماعية.

الارشاد السلوكي:- وهو إرشاد علاجي يعتمد علي أسلوب التعلم وإعادة التعلم وتعديل السلوك ، ويستخدم في ذلك بعض الأساليب منها: التحقيق المنهجي ، التقدير الموجب ، التقدير السالب ، الانطفاء ، الممارسة السالبة ، فيحتاج هذا النوع من العلاج إلي تدريب وممارسة وإتقان.

الإرشاد المختصر: هو إرشاد يهدف إلي حصول الفرد علي أكبر فائدة إرشادية في أقل وقت ممكن ، ويستخدم بعض الأساليب التي من شأنها إحداث الإقناع والتغير في شخصية المسترشد مثل: التنفيس الانفعالي ، الشرح ، التفسير ، الإقناع ، ويعد هذا النوع من

الارشاد ناجحا في الوقت الحاضر حيث تميزه بالسرعة وكثرة الأعباء والأعمال لدي الأفراد الذين لايجدون وقت كافي لأساليب الإرشاد الأخري.

أهداف الارشاد النفسي:-

- تسهيل عملية تغيير السلوك.
- تحقيق التوافق النفسي للفرد.
- تحقيق الصحة النفسية للفرد.
- تحقيق الذات. (زهران)
- زيادة مهارات المواجهة والتعامل مع المواقف الضاغطة.
- النهوض بعملية اتخاذ القرارات.
- تحسين العلاقات الشخصية.
- المساعدة في تنمية طاقات المسترشد (الشناوي).
- تحقيق التواصل النفسي والاجتماعي.
- حل الصراعات والمشكلات التي يتعرض لها الفرد.
- تحقيق التوافق المهني والتربوي والاجتماعي.
- تحسين العملية التربوية.

مراحل الإرشاد النفسي ، ومناهجه وأدواته:-

أوضح خير الزراد أن الارشاد النفسي يمر في ثلاث مراحل هي:-

الأولي: وضع الأساس لإقامة علاقة مشاركة وتعاون بين المعالج والمريض ، مع ضرورة منح الثقة للمريض ، وتشجيعه علي التحدث عن مشكلته بأسلوبه الخاص.

الثانية: الحصول علي المعلومات التي تبدو هامة والمتعلقة بظـــروف المريض وأعماله الماضية والحاضرة.

الثالثة: مرحلة الاختيار الحقيقي واتخاذ القرارات ، وذلك مـــن خـــلال مساعدة المريض علي أن يصبح عارفا بعقـــده ، وبدوافعـــه الخفية.

وأهم المناهج المتبعة في الارشاد النفسي:-

١- المنهج الانمائي.

٢- المنهج الوقائي.

٣- المنهج العلاجي.

ويحتاج المرشد النفسي إلي المعلومات التالية لنجـــاح عمليـــة الإرشاد:-

- السيرة الذاتية وتاريخ الحالة.
- القدرات العقلية العامة والخاصة.
- الاستعدادات الخاصة.
- مستوي التحصيل الدراسي.
- الميول والهوايات.
- الاتجاهات النفسية والقيم.
- الجوانب العقلية والانفعالية في الشخصية.
- الصحة الجسمية.
- الإمكانيات المادية المتوفرة من أجـــل تحقيـــق عمليـــة التوجيـــه والإرشاد ، ويتم الحصول علي هذه المعلومات عن طريـــق أدوات المنهج الكلينيكي وهـــي:- الملاحظـــة - المقابلـــة - الاختبـــارات والمقاييس النفسية - السجلات اليومية والسنوية.

العلاقة بين التوجيه والارشاد النفسي والعلاج النفسي:-

يعرف التوجيه بأنه عملية إنسانية تتضمن مجموعة من الخدمات التي تقدم للأفراد لمساعدتهم علي فهم أنفسهم وادراك المشكلات التي يعانون منها ، والانتفاع بمقدراتهم ومواهبهم في التغلب علي المشكلات التي تواجههم ، بما يؤدي إلي تحقيق التوافق بينهم وبين البيئة التي يعيشون فيها حتي يبلغوا أقصي ما يستطيعون الوصول إليه من نمو وتكامل في شخصياتهم.

ويعبر مصطلحا **التوجيه والإرشاد** عن معني مشترك ، وهما مترابطان ويكمل بعضهم البعض من حيث المهمة والهدف ، إلا أن هناك بعض الاختلافات بينهما حيث أن التوجيه لايحتاج تخصص بينما الإرشاد باعتباره وسيلة وقائمة علاجية يتطلب التدريب والكفاءة. كما أن التوجيه يتضمن أسس عامة ونظريات وبرامج بينما الإرشاد يمثل الجانب العملي التطبيقي للتطبيق ، وعليه فإن التوجيه عملية يجب أن تسبق الإرشاد وتمهد له ، بينما يكون الإرشاد بذلك الناتج النهائي لبرامج التوجيه ، وأخيرا فإن التوجيه لايمكن غير أن يكون عمل جماعي بينما الارشاد يتضمن علاقة ارشادية بين المرشد والمسترشد وجها لوجه.

أما عن علاقة **التوجيه النفسي بالعلاج النفسي** فقد تعارضت الأراء عن كونهما أسلوبين مختلفين أو كونهما أسلوبين متشابهين فيرى البعض مثل رورجرز أن الإرشاد النفسي مرادفا للعلاج النفسي والمؤيدين لذلك الرأي يرون أنهما وجهين لعملة واحدة يشتركان في الأساليب والأدوات التي يستخدمانها.

الإ أن المعارضين يرون بعض الاختلافات بينهما مثل:

- بينما يهتم الإرشاد النفسي بالأسوياء وذوي المشكلات الأقل خطورة والأقل عمقا ويصاحبها قلق عادي ، نجد أن العلاج النفسي يهتم بالأعصبة والأذهنة وذوي المشكلات الانفعالية الحادة والخطيرة.
- أن الارشاد النفسي يركز علي حاضر الفرد وعلي ما يشعر به وما يكون واعيا به ، في حين أن العلاج النفسي يركز علي الجوانب اللاشعورية والصراعات الخفية والمكبوتات (أي أن العلاج النفسي يتغلغل داخل الشخصية).
- يعتمد الإرشاد النفسي في معاونة العميل علي أسلوب التدعيم وأسلوب الاستبصار بينما يعتمد العلاج النفسي علي كلا الأسلوبين بجانب أسلوبا ثالثا هو إعادة التربية وإعادة بناء الشخصية.
- اذا كان الإرشاد النفسي يهتم بمساعدة العميل علي تبصرته بمشكلته ، ويساعده في تنظيم وبناء شخصية علي مستوي الوعي ، فإنه في العلاج النفسي يقوم المعالج بالتدخل في إعادة بناء وتنظيم الشخصية أي أن العبء الأكبر يقع علي المعالج الأمر الذي يتطلب منه أنه يكون علي مستوي عال من الكفاءة والمهارة والإلمام بنظريات العلاج النفسي المختلفة بل طرقه وأساليبه.

العاملون في مجال التوجيه والإرشاد النفسي:-

أوضح حامد زهران نقلا عن شوبين أن هناك مسئوليات عامة لجميع الأعضاء فريق التوجيه والإرشاد ما يلي:-

- مراعاة أخلاقيات الإرشاد النفسي والقيم الأخلاقية العامة.
- القدوة الحسنة سلوكيا حتي يتوحد معهم العملاء.

- القيام بدور الوالدية النفسية حيث تقدم المساعدة والمساندة والتربية والتعليم وحل مشكلات وعلاج الاضطرابات في مناخ نفسي مناسب.
- الاشتراك في تخطيط برنامج التوجيه والإرشاد.
- الاشتراك في إجراء البحوث والدراسات المسحية.
- الاشتراك في جمع المعلومات عن العملاء وتنظيمها وتحليها.
- تقديم الخدمات والمساعدات الإرشادية الانمائية والوقائية والعلاجية كل حسب تخصصه.
- العمل في تعاون وتناسق مع كل من يستطيع الإسهام في مساعدة العملاء.
- معرفة مصادر وجهات الإحالة والتعامل معها.
- الاشتراك في تقييم برنامج التوجيه والإرشاد.

ونجد أن القائمين بمسئولية الإرشاد النفسي هم في مستويات مختلفة من حيث الكفاية اللازمة والخبرة والمعرفة ، ثم هي في تشعبات من حيث جوانب التخصص الدقيق في مواجهة المشكلة ذاتها وهم:-

١- **المدير:** وهو واجهة فريق التوجيه والإرشاد وأكثر أعضائه مسئولية أمام عدد كبير من الجهات والأفراد ، فهو مسئول أمام الجهات الأعلى والجهات الخارجية والوالدين والعملاء أنفسهم ، ويقوم بإدارة برنامج التوجيه والإرشاد والإشراف على إعداد خطته وميزانيته ، كما يقوم بقيادة فريق التوجيه والإرشاد ، والتنسيق العام.

٢- **الوالدان وكبار الأسرة:** حيث أنه للوالدين دورهما الرئيسي باعتبارهما مصدرا هاما لتقديم المعلومات إلي المرشد الأخصائي عن طفلهما ، خاصة وأن الطفل لا يستطيع التعبير الدقيق عن كل

ما يعانيه نفسيا واجتماعيا وسلوكيا أثناء معالجته لـدي المرشـد ، كما أن أحد الوالدين يذكر أزمات وأحداث كـان يعيشـها الطفـل سنوات الرضاعة والمهد والطفولة المبكرة.

والوان قد يكون المساعدين للمرشد النفسي في علاجه لمشـكلات الطفولة المتأخرة والشباب ، وذلك لعلاقتهما في كثـير مـن الحـالات بالمشكلة ذاتها ، كما أنهما كثيرا ما يشرفان علـي تنفيـذ التعليمـات المساعدة في مواجهة مشكلة أبنائهم وبناتهم.

ويستطيع المرشد المتخصص بجلساته المتعددة مع الوالديـن أن يتعرف علي بعض الأسباب والدوافع التي تعين بدورها علـي سـلامة التشخيص وصحة العلاج.

٣- **المرشد النفسي:-** يتم إعداده في أقسام علم النفـس بالجامعـات ، ويتم تدريبه في مراكز الإرشاد النفسي والعيادات النفسـية وفـي المدارس وغيرها من المؤسسات تحت إشراف الأساتذة والخـبراء. وأشارت فيولا البيلاوي أن تأخذ برامج إعداد المرشد النفسي نظما مختلفة تتباين وفقا لنوعية المجالات التـي تمـارس فيـها مهنـة الإرشاد النفسي ومستوى الأدوار المهنية للمرشدين في التعامل مع الظاهرات والمشكلات التي تتراوح ما بين الاستشارة إلي الإرشـاد والعلاج ، وكذلك وفقا لطبيعة المؤسسات التي يتضمن التوصيـف المهني بها دوراً ووظيفة للمرشد ، ومع كل هذا التباين يتم إعـداد المرشدين من خلال نظام من العملية البينية التـي تشـارك فيـها أقسام وتخصصات أكاديمية متعددة.

وتتوفر معظم برامج إعداد المرشدين في مؤسسـات معروفـة ومعترف بها بالجامعات ومؤسسـات التعليـم العـالي ، فالمرشـدون

النفسيون أو الأخصائيون في علم النفسي الإرشادي يتم اعدادهم في أقسام متخصصة في علم النفس مثل أقسام علم النفس ، أو علم النفس التربوي ، أو علم النفس الإرشادي والتربوي بالمرحلة العليا بدرجة الدكتوراه. يشرط أن يقوم إعداد المشر علي نظام مؤسسي يتضمن جانبين متكاملين: أولهما نظام التعليم وما يتضمنه من نظام إعداد المرشدين بالجامعات والمؤسسات المعنية ، أما الجانب الثاني فهو وجود رابطة أو هيئة معتمدة مسئولة عن تنظيم مهنية الإرشاد والتنمية المهنة للمرشدين ، والتصديق علي برامج أعداد المرشدين ، وتنظيم اللوائح الخاصة بالمعايير الأخلاقية والقواعد القانونية ، وكذلك منح إجازات الترخيص للعمل في هذه المهنة (فيولا البيلاوي ، ١٩٩٧).

والمرشد النفسي هو الشخصية العلمية الأولي التخصيصية المسئولة بدرجة رئيسية عن الإرشاد والتوجيه. وينبغي أن يتضمن تخصصه مجالا دقيقا ، فهناك أنواع رئيسية من المرشدين النفسين:

- المرشد النفسي التربوي ، يعمل بوزارات التربية والتعليم والتعليم العالي (المرشد المربي).
- المرشد النفسي العلاجي ، ويعمل في العيادات النفسية والمصحات والمستشفيات.
- المرشد النفسي المهني ، ويعمل في المؤسسات الصناعية.
- المرشد النفسي العسكري ويعمل في القوات المسلحة.

وتتخلص وظيفة المرشد النفسي فيما يلي:-

١- تنمية وتشخيص وعلاج الحالات التي يعاني منها الأفراد المترددين عليه ويتم ذلك في خطوات تتمثل في:

- فهم دقيق للمسترشد من خلال مهارة جمع المعلومات عنه بالطرق المختلفة.
- تحليل وتصنيف المعلومات وتنظيمها .
- استنتاج حاجات المسترشد واضطرابه وطبيعة مشكلته وأسبابها.
- تحديد الطريقة الإرشادية ومراحل استخدامها مع المسترشد.
- مساعدة المسترشد علي التخلص من اضطرابه وحل مشكلاته.

٢-الاشراف علي التنمية النفسية الوقائية في تجمعات الأفراد كالمدارس مع الطلاب ، والمصانع مع العمال ، وأعضاء النادي، والجنود ، والسجناء في السجن ، والمرضي في المستشفيات.

٣- المشاركة في تطوير العملية التربوية والمناهج الدراسية مما يحقق أعلي قدر من الإرشاد النفسي الوقائي والإنمائي في إطار التربية والتعليم بمختلف مراحل الدراسة ومؤسساتها.

٤-الاشتراك في النشاط العلمي لأقسام علم النفسية خاصة شعبة الإرشاد النفسي ، والمساهمة المباشرة في تدريب الدارسين من تلك الأقسام والشعب في مختلف العيادات النفسية والمراكز الإرشادية (عبد الحميد الهاشمي).

٤-المعالج النفسي Psychotherapist : هو الأخصائي الذي يقوم بعملية العلاج النفسي ، ويتخرج من أحد أقسام علم النفس بالجامعة ويتخصص في الصحة النفسية والعلاج النفسي علي مستوي الدراسات العليا حتي الدكتوراه في تخصص الصحة النفسية والخبرة في العلاج النفسي مع الحصول علي ترخيص لممارسة العلاج النفسي. ويتمثيل دوره الإرشادي في : (زهران).

-تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية.

- علاج المشكلات النفسية الحادة المستمرة.
- علاج حالات العصاب والجناح واضطرابات الشخصية.
- الاشتراك مع الطبيب النفسي في علاج الحالات النفسية الجسمية.
- الاشتراك مع بقية أعضاء الفريق في برنامج الإرشاد الإنمائي والوقائي في مجال الصحة النفسية.

٥- الأخصائي النفسي المدرسي School Counseler :

يحدد بيكر Baker المهام المهنية للمرشد النفسي المدرسي التي ينبغي عليه القيام بها ، وذلك وفقا للمعايير الأخلاقية للمهنة التي وضعتها رابطة المرشدين المدرسين الأمريكية فيما يلي:-

١- الخدمات الإرشادية Counseling Services :

حيث يساعد المرشد المدرسي في وضع برامج التوجيه والإرشاد النفسي بالمدرسة ، واقتراح آليات تنفيذ تلك البرامج ، وتقديم الخدمات الإرشادية الفردية والجماعية للتلاميذ.

٢- الخدمات التربوية Pedagogical Serivices :

حيث مساعدة التلاميذ الذين يعانون من صعوبات التعلم ، وتقديم الخدمة الإرشادية للمدرسين حول طرق التدريس والتقويم.

٣- الخدمات الاستشارية Consulting Services :

حيث يعتبر المرشد النفسي المدرسي المصدر الأساسي لتقديم الاستشارة لجميع العاملين بالمدرسة حول أفضل الطرق للتعامل مع المشكلات المدرسية.

٤- خدمات الإحالة Referral Services :

أي مسئوليته عن تحويل الحالات الحرجة التي لم يتمكـــن مـــن التعامل معها إلي الجهات المختصة في مجال الخدمة الطلابية (عيـــادة توجيه الطلاب) أو مؤسسات الصحة النفسية.

٥- خدمات المعلومات Information Services :

حيث إمداد التلاميذ وأولياء الأمور بالمعلومات التربوية والمهنيـة التي تساعدهم في اتخاذ القرارات المرتبطة بالتخطيطى الجيد لمستقبلهم الدراسي وحياتهم العملية والمهنية.

٦- خدمات التعيين Placement Services :

حيث يساعد المرشد المدرسي في توزيع التلاميذ علي فصـــول المدرسة واختيار المكان المناسب داخل الصف الدراسي.

٧- خدمات التقويم Assessment Services :

ويتعلق بتقييم البرامج التربوية وبرامـــج التوجيـــه والإرشـــاد النفسي بالمدرسة وفقا لمعايير محددة واعـــداد ســـجلات ومعلومـــات وبيانات متعلقة بتقدير التلاميذ.

٨- خدمات المحاسبة (المساءلة) Accountability Services :

ويتضمن ذلك تحديد المسئوليات والمحاسبة عن الأعمـــال التـــي يقوم بها العاملين بالمدرسة (Baker, 1992 في عبد الرحمن ســـليمان وهشام عبد الله).

وهناك العديد من المشكلات التي يمكـــن للأخصـــائي النفســـي المدرسي أن يكون له دور واضح وفعال في حلـــها ، وتختلـــف تبعـــا لمراحل التعليم لارتباطها بمراحل النمو المختلفة أهمها:

١-خوف التلميذ من المدرسة عند دخلها لأول مرة ، حيث يمكن للأخصائي أن بعد البرامج لإرشاد الأسرة في كيفية إعداد الطفل لاستقبال عامه الأول في المدرسة.

٢-قهر فكر الطفل ، حيث يهيء الأخصائي المناخ المدرسي لتقديم الخبرات التعليمية التي تعلم الفكر وتنمية ، بعيدا عن قهر فكر التلميذ بتقديم المعارف والمعلومات لحشو عقله مما يفقده القدرة علي التفكير .

٣-الغش في الامتحانات حيث يبرز دور الأخصائي النفسي المدرسي الوقائي والعلاجي معا ، من أجل الحفاظ على الجانب الأخلاقي والقيمي بالتصدي لهذه المشكلة.

٤-الكشف عن المبدعين وتنمية الإبداع ، ويتم ذلك من قيام الأخصائي النفسي المدرسي بتطبيق الاختبارات النفسية المختلفة عن التلاميذ المبدعين ، والمساعدة في تهيئة المناخ النفسي الذي يساعد علي تنمية الإبداع ، لجعل برامج تنمية الإبداع موضع التطبيق من خلال المشروعات والمسابقات .

٥-قلق الامتحان ، يمكن للأخصائي النفسي بالتعاون مع المدرسين أن يخفف من المناخ النفسي المشحون الذي يؤدي إلي حدة التوتر والقلق لدي التلاميذ مع اقتراب موعد الامتحانات ، ويستثمره لدافعية أفضل في التحصيل .

٦-التوجيه التعليمى حيث يقوم الأخصائي النفسي المدرسي بعملية التوجيه التي تهدف إلي معاونة الفرد في الكشف عن إمكاناته ومقارنتها بفرص الحياة المتاحة له ، ومساعدته على إيجاد مكان لنفسه حتي يستطيع أن يحيا حياة متزنة.

٧-التأخر الدراسي : حيث يشارك الأخصائي النفسي المدرسي في الكشف عن هؤلاء التلاميذ المتأخرين دراسيا وعن الأسباب النفسية المؤدية لذلك ، حتى يستطيع التلميذ أن يسير سيراً منتظماً في دراسته .

٨-المشاكل السلوكية العامة ، ويمكن للأخصائي أن يلعب دوراً ذا أهمية فعالة في الكشف عن مثل هذه المشكلات (مثل العدوان ، والتدخين والمخدرات) ومواجهتها . (إسماعيل الفقي) .

وأهم خصائص المرشد النفسي المدرسي:-

- الصحة النفسية والقدرة علي التكيف.
- الذكاء والمرونة العقلية والقدرة علي الإبداع.
- الموضوعية والإخلاص في العمل.
- الحرص علي النمو المهني وتنمية الذات.
- توفر سمات خاصة كالقدرة علي الإقناع والتأثير وحب الآخرين.
- المرونة والانفتاح والقدرة علي الإفادة من كل جديد وتطويعه لخدمة أهداف العملية الإرشادية.
- قدرته علي مواجهة التغيير والتكيف معه ، وأن يكون قادرا علي مساعدة الطلبة علي استيعاب التغير المستمر في جوانب الحياة المختلفة (عدنان الفرح).
- ويعد المرشد النفسي المدرسي في كليات التربية مع ضرورة الاهتمام بانتقاء وتدريب.

٦- المدرس المرشد Teacher – Counselor :

يعد المرشد المدرسي في كليات التربية ، مـــع الاهتمـــام بانتقـــاء وتدريب المدرس في تلك الكليات بالإضافة إلي إعداده تربويا ونفســـيا ، علاوة علي مواد الإعداد الإرشادي وتتمثل وظائفه في الآتي:-

-أن يدرس ويفهم حالة الطالب وحيد أو مع زملائه كجماعة مما يساعده على حسن التعامل والتأثير.

- الرعاية الإرشادية التكوينية الانمائية ، وذلك بتقديم أحســـن النمـــاذج السلوكية والانفعالية.
- توجيه العملية التربوية والعمل من خلالها إرشادياً المواجهة المواقـــف واتخاذ القرارات وحل المشكلات في نطـــاق المدرســة والمواقـــف التعليمية المتجددة.
- حل المشكلات الصعبة التربوية: كالتأخر الدراسي ، كـــثرة الغيـــاب ، حوادث الشغب.
- مساعدة المرشد المتفرغ في إجراء الاختبارات والمقـــاييس النفســـية والاجتماعية لاكتشاف استعدادات الطلاب وتحديد قدراتهم.
- إحالة الطلاب ذوي المشكلات الانفعالية إلي المرشد المتفرغ مع تقديـــم ما لديه من معلومات عن أولئك الطلاب مما يعين علي إرشادهم.
- المشاركة في الإرشاد الجماعي لطلاب الفصل أو طلاب المدرسة.
- المساهمة في نشاط الإرشاد المهني والاجتماعي بالمدرسة.

٧-الطبيب: ويشمل :-

أ- الطبيب النفسي Psychiatrist :

ويتخرج من كليات الطب بعد حصوله علي دبلوم خاص في الدراسات العليا في الطب النفسي وما يتصل بها بالأمراض العصبية والنفسية.

ب- **الطبيب العام:** ويفيد في فحص المسترشد من الناحية الجسمية العضوية للتأكد علي سلامته الوظيفية الجسدية حتي يتم التركيز علي العوامل النفسية في الاضطرابات والمشكلات التي يعاني منها المسترشد.

جـ - الطبيب المتخصص في القلب أو الأوعية الدموية أو الضغط أو الأذن أو العيون أو الحواس أو الأعصاب وغيرها (علي سليمان).

٨- الأخصائي النفسي Psychologist :

هو المساعد الرئيسي للمرشد النفسي ومن بينهم الأخصائي النفسي القياسي والأخصائي النفسي العلاجي ، ويتخرج من أحد أقسام علم النفس بالجامعة ، ويفضل حصوله علي دبلومات دراسات عليا في أحد تخصصات علم النفس أو الإرشاد النفسي (كالماجستير).

ويحتاج الأخصائي النفسي العلاجي إلي دراسات كلينيكية خاصة ، ويتركز دوره الإرشادي في:-

- إجراء الفحص النفسي علي المسترشد وعمل دراسة حالة من أجل التشخيص المبدئي.
- القياس النفسي وإجراء الاختبارات.
- ملاحظة ودراسة سلوك العميل واتجاهه العام وتحديد النمط العام.

- مساعدة المرشدين والمعالجين النفسيين في تقديم الكثير من خدماتهم مثل المشاركة في الإرشاد الجماعي.
- الاختصاص في نواحي معينة من عملية الإرشاد كالتدريب علي الكلام أو الإرشاد باللعب ... الخ.

٩- الأخصائي الاجتماعي:-

يكون علي صلة دائمة بالمدرسة والطلاب ويسمي بالأخصائي الاجتماعي الطبي النفسي في مجال العلاج والطب النفسي ، ويدرس في أقسام علم الاجتماع بالجامعة أو معاهد الخدمة الاجتماعية ، ويساهم في تفسير مظاهر السلوك الاجتماعي المضطرب ، ويقوم بجمع معلومات عن بيئة المريض وحياته الاجتماعية الخارجية.

١٠- المسترشد (العميل) Counsellor :

هو مركز عملية الإرشاد ومرجعها ومبدؤها وغايتها ، وعلي المسترشد واجبات أهمها:-

* عندما يشعر المسترشد بأزمة أو مشكلة انفعالية يسعى من نفسه لطلب الإرشاد إما بالمحاولة الأولية مع ذاته لأنه أعلم بمشكلته وإذا تعذر عليه ذلك يلجأ للمرشد النفسي أو الأخصائي النفسي.
* المسترشد مسئول عن صحة المعلومات التي يقدمها عن حياته السابقة وعن مشكلاته وما مر به من أحداث.
* أن يتخذ المرشد القرار المناسب في البدء في مواجهة المشكلة وفهم ذاته.
* التنفيذ العلمي والمتابعة المستمرة لحالته أو حضور الجلسات ، وتنفيذ الخطوات التي يضعها المرشد.

وهناك المسترشد الكسول المتواكل ، والمسترشد الصامت المنسحب السلبي ، والمسترشد الممثل الذي لا يسرد الوقائع في حياته ، والمسترشد العدواني المقاوم الذي يرفض مساعدة المرشد. والمسترشد الحزين والبائس الذي يزهد في الإرشاد ، والمسترشد الممول للإرشاد إلى علاقات اجتماعية أي يريد أن يجعل التوجيه الإرشادي مجرد صداقة اجتماعية بعيدا عن حدود المهنة الإنسانية ومستوياتها في السلوك والآداب والعلاقات.

استراتيجيات الإرشاد النفسي:-

إن استراتيجيات الإرشاد النفسي تمهد لاكتساب السلوك المعدل لدي المسترشد مما يؤدي في النهاية إلي فاعلية العلاقات الاجتماعية.

إن الهدف الرئيسي للمرشد هو تعريف كل ماهو خفي علي المسترشد من أمور ، فهو يعرف السلوك المرغوب ليحل محل كل السلوك المضطرب ، وعندما يكون تعديل السلوك واكتسابه مناسب للعمل فقد يشكو المسترشد من عدم قدرته علي إقامة علاقات اجتماعية ويصبح شخصا خجولا تنتابه الصراعات الشخصية العديدة والشعور بالقلق في المواقف الاجتماعية ، حيث أن الأحداث السلوكية تتضمن السلوك النوعي الذي يؤدي إلي التغير الاجتماعي. وبالنسبة للمسترشد الخجول والذي يعاني من القلق فإن أهدافا مشابهة قد تستمر وتتحقق ولكنها تحتاج إلي تعديل لكي يتم وقوعها وحدوثها.

إن المسترشد قد ينشغل أو ينجذب نحو استجابات لفظية تشير إلي المعارضة والرفض والنقد ، وهنا لابد أن تكون الاستجابة واضحة لكي تساعد المسترشد علي تقليل أو توضيح هذه الاستجابات ، كما قد نري المسترشد العدواني أو القلق يبدو كما لو كان منغمسا في بعض

الاستجابات الخاصة التي تحتاج في الوصول إليها إلي المرشد ، وذلك لتخفيض شدة العدوان والقلق الذي يمكن إنهائه ، والواقع أن أول شيء في الاستجابة السلوكية هو ما ينتمي إلي حديث المسترشد في المقابلة (عبد الحميد الهامشي).

الفصل الثاني

التطبيقات الاكلينيكية

للإرشاد النفسي علي فئات كلينيكية مختلفة

أ- دراسات عربية

ب-دراسات أجنبية

أولا: دراسات عربية في مجال الارشاد النفسي:-

- **دراسة أحمد مطر** :عن فاعلية الارشاد النفسي في خفض العدوان لدي غينة من مرحلة التعليم الأساسي بالإسماعيلية واستخدم تكنيكي السيكودراما والقراءة مع الحالات ، وأسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج الارشادي في خفض العدوان.

- **دراسة سهير أمين:** بهدف التعرف علي مدي فاعلية استخدام أسلوب الارشاد الجماعي في تعديل السلوك اللاتوافقي لدي المعاقين عقليا والمصابين بأعراض دوان من فئة القابلين للتعلم ، وقد استند تصميم البرنامج علي مبادئ و فنيات ونظريات التعلم الاجتماعي ، وقد أسفرت النتائج عن تأثير البرنامج في تعديل السلوك غير المقبول اجتماعيا لدي عينة البحث التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

- **دراسة السيد الجندي** :عن برنامج إرشادي مقترح لتعديل بعض الانحرافات السيكوباتية المرتبطة بالمتغيرات الأسرية والمدرسية لدي عينة من ذوي الإعاقة السمعية بمدارس الصم والبكم بالمرحلة الإعدادية ، وكانت أهم المتغيرات السرقة ، الانحرافات الجنسية ، الكذب ، وجاءت النتائج لتؤكد فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في التخفف من حدة المتغيرات السلبية الثلاث بما يساعد علي تحقيق قدر من التوافق لديهم.

- **دراسة راشد السهل:** عن استخدام الإرشاد السلوكي المتعدد المحاور في علاج قلق الانفصال عن الأم الناتج عن العدوان العراقي علي دولة الكويت وكانت أهم محاور **البرنامج:** التعزيز (الايجابي والسلبي) ، الاسترخاء ، وتم تطبيق البرنامج علي الحالة بعد أن تم تشخيصها بعدة طرق ، وقد أظهرت الحالة تحسنا في الاعتماد علي

النفس وقلة العدوان ، وهذا يوضح أن استخدام الإرشاد السلوكي متعدد المحاور المناسب ، المشكلة الانفصال عن الأم انعكس إيجابيا علي الطفل مما ساعد علي إعادة الطفل ثقته بنفسه.

- **دراسة عصام عبد العزيز:** أثر الإرشاد النفسي في تعديل بعض المتغيرات النفسية المرتبطة بسلوك المراهقين العدوانيين بالمرحلة الثانوية ؛ وكان البرنامج الإرشادي المستخدم قائما علي المحاضرات من إعداد الباحث ، وأسفرت النتائج عن تأثير البرنامج الإرشادي في خفض القلق النفسي ، وارتفاع درجة التكيف الشخصي والاجتماعي ، وارتفاع مفهوم الذات وارتفاع الحاجة للتحمل والقيمة العملية ووضوح الهدف لدي الطلاب العدوانيين بعد إجراء البرنامج.

- **دراسة هشام مخيمر** :للتعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي في تنمية مستوى النضج الخلقي لدى المراهقين الجانحين ، وأجرى البرنامج الإرشادي علي عينة من الجانحين والجانحات المودعين في مؤسسات الأحداث ، وكانت أهم فنيات البرنامج : المناقشة الخلقية والحوار والتعلم بالنموذج ، وقد أسفرت النتائج عن تأثير دال وموجب للمعالجة المستخدمة في البرنامج على عينة البحث.

-**دراسة جليلة القيسى** :عن أثر برنامج إرشادي مقترح في خفض مستوى الخوف لدى عينة من الطالبات الجامعيات السعوديات ، وقد نجح البرنامج في خفض درجة المخاوف المرضية لدى عينة الدراسة وقد امتد تأثير البرنامج لمدة طويلة ظهرت من التطبيق البعدي الثاني لعينة الدراسة .

- **دراسة لطفي الشربينى وأخرون** :عن الإرشاد النفسي للأطفال المساء معاملتهم ، وكانت الحالة تعتبر ممثلة لمشكلة الاعتداء

الجنسي المحرم من جانب البالغين على الأطفال من المحـــارم ، وكــان نموذج الإرشاد النفسي المستخدم ذي مراحل ثلاث : الاستطلاع -الفهم - الفعل وقد أسهم استخدام الإرشادي النفسي للحالـــة الصحيــة وللأســرة بصورة فعالة في تقليل فرصة حدوث أية مضاعفات محتملـــة وتحقيــق نتيجة جيدة ، وتمت متابعة الحالة لمدة ٦ شهور من بداية العلاج لوحـــظ تحسنا ملحوظا في أداء الفتاة في عدة جوانب ، حيث احتفت الأعـــراض الجسدية والنفسية وتم التوقف عن استخدام الأدويـــة ، وحمـــاس الفتـــاة للعلاج والتزامها التام بالإرشادات .

- **دراسة سهام عبد الحميد** :للتعرف على فاعلية برنامج إرشادي لتخفيف حدة السلوك الانطوائي لدي المعاقين بصريا ، واستخدمت فنيـات التعلم بالنمذجة أي التعلم بالقدوة ، وقد نجح البرنامج في خفـــض حـــدة السلوك الانطوائي لدي عينة البحث .

- **دراسة سهير أمين** : عن فعالية برنامج إرشادي فـــي خفـــض السلوك العدواني لدي الأطفال المعاقين عقليا ، واستخدم برنامج الإرشـــاد الجماعي القائم علي التأييد والتشجيع بجانب مناشط المهارات الاجتماعيـة ، وأسفر تطبيق البرنامج عن خفض معدل السلوك العدوانى لدي افـــراد العينة .

- **دراسة صلاح عبود** : عن فاعلية برنامج إرشادي في خفـــض السلوك العدواني لدي عينة من تلاميذ الحلقة الثانية من التعليم الأساســـي من الجنسين ، وطبق عليها مقياس العدوان ، واستمارة ملاحظة الســلوك العدواني ، واستمارة دراسة الحالة ، واختبار TAT ، وبرنامج إرشـــادي يستخدم فيه تكنيك السيكودراما ، وأسفرت النتائج عن فاعليـــة البرنـــامج

الإرشادي وفاعلية تكنيك السيكودراما في خفض العدوان لـدي العينـة التجريبية .

- **دراسة سهير أمين:** عن فاعلية برنـامج إرشـادي لتخفيـف الشعور بالوحدة النفسية لدي المسنين المقيمين في دور المسنين ، وقـد تضمن البرنامج الإرشادي: أسلوب المحاضرة والمناقشـة ، أسـلوب العلاج الاسترخائي ، أسلوب حل المشـكلة ، وقـد سـاعد البرنـامج الارشادي علي تعديل السلوك غير المرغوب فيه اجتماعيـا وإحـلال مفاهيم صحيحة مثـل التعبـير الانفعـالي ، والتعبـير الاجتمـاعي ، والحساسية الاجتماعية ، والضبط الانفعالي ، كما ظهرت أنـواع مـن الأفكار التي ساعدتهم علي الاستبصار بمشكلاتهم ، كما ساعد أسـلوب الاسترخاء علي خفض التوتر الانفعالي ، ومن ثـم انخفـض معـدل الشعور بالوحدة لديهم.

ثانيا:- دراسات أجنبية في مجالات الإرشاد النفسي:-

- **دراسة كوان بند لتون :** للتحقق من مدي فاعليـة برنـامج إرشادي للتفاعل الاجتماعي في خفض السلوك العدواني لـدي تلاميـذ المرحلة الإعدادية ، وقد تبين انخفاض العدوانية لدي أفراد المجموعـة التجريبية التي طبق عليها البرنامج الإرشـادي مقارنـة بالمجموعـة الضابطة.

- **دراسة سالمرز وتانسند :**عن أثر برنامج تدريبي إرشادي فـي خفض حدة العدوان لدي أطفال مرحلة رياض الأطفال ، وقـد أسـفر تطبيق البرنامج عن تحقيق درجة من التوافق النفسي لدي أفراد العينـة بسبب انخفاض حدة العدوان لديهم ، ومما ساعد علي نجاح البرنـامج

استخدام فنيات برامج المهارات الشخصية والاجتماعية ومهارات الحيـــاة اليومية في المنزل والمدرسة.

- **دراسة ميشيل منسون:** للتحقق من أثر فاعلية برنامج إرشـــادي قائم علي نوعية من البرامج : الأول قائم علي المقابلات الشـــخصية ، والثاني تم تقديمه من خلال الاتصـــالات التليفونيـــة علـــي عينـــة مـــن المسنين ، أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطيه دالـــــة بيـــن نـــوع الاتصال (مباشر ، أو عبر الهاتف) ودرجة الوحدة النفسية.

البـــاب الثالث

- العلاج النفسي.
- طرق العلاج النفسي.
- التطبيقات الإكلينيكية للعلاج النفسي .

الفصل الأول
العلاج النفسي

- تعريفه .
- العناصر الهامة للعلاج النفسي .
- أهدافه .
- خطواته .
- خصائص المريض النفسي.
- خصائص المعالج النفسي .
- طرق وأساليب العلاج النفسي .

العلاج النفسيPsychotherapy

تعريفه :

يعني مصطلح العلاج النفسي حرفيا مداواة النفس ، وهو صورة من صور مناقشة مشكلات ذات طبيعة انفعالية ، يقوم فيها شخص مدرب بتكوين علاقة مهنية من نوع ما ، مع مريض يسعى إلي إزالة أو تعديل أو تأخير أعراض معينة أو تغيير أنماط سلوك ظاهري ، وغايته من ذلك كله تعزيز وتقوية الجوانب الإيجابية في شخصيته النامية وتطويرها.

ويعرفه حامد زهران بأنه نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه ، حيث يتم العمل علي إزالة الأعراض المرضية الموجودة، مع مساعدة المريض علي حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكاناته ، وتنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحي ، ويستخدم في العديد من الميادين : الصحة النفسية ، الطب النفسي ، الخدمة الاجتماعية (العلاج الاجتماعي)، التربية والتعليم
(وخاصة الإرشاد النفسي).

ويخلص محمد الطيب بتعريف للعلاج النفسي بأنه عبارة عن شكل من أشكال علاج الأفراد (المرضى) من ذوي الأفكار أو الوجدانيات أو الأفعال المضطربة ، ويقوم بالعلاج أفراد (معالجون) عن طريق عملية التبادل اللغوي في الغالب ، ويكون الهدف الخاص

من ذلك واضحا لكليهما وهو التخفيف من هذه الاضطرابات وتشجيع السلوك الأفضل .

وأشار إلي أهم العناصر العامة لعملية العلاج النفسي :

١-وجود فرد أو أكثر (مرضى) لديهم بعض الدراية بمشكلات الحياة التي أهملت أو التي أسئ استخدامها.

٢-وجود فرد أو أكثر (معالجون) يفتقرون نسبيا إلي الاضطراب ، ويدركون ما يعانيه المرضي من ضيق ، ويعتقدون أن لديهم القدرة علي مساعدتهم في تخفيف هذا الضيق .

٣-فهم المعالج للمريض والتجاوب معه نفسيا.

٤-إدراك المريض لإكبار المعالج له وتجاوبه معه نفسيا.

٥-إمداد المعالج للمريض بمعلومات أدق عن عناصر الواقع في بيئته.

٦-مساعدة المريض للوصول إلي تقويم نفسه تقويما أحسن.

٧-التفريغ الانفعالي.

٨-زيادة عدد المهام التي تعهد إلي المريض تدريجيا ، ليقوم بأدائها بين جلسات العلاج ، لتطبيق المعلومات الجديدة التي حصل عليها عن نفسه وعن بيئته (الواجب المنزلي).

٩-عملية تدريجية يتعلم المريض عن طريقها الاستقلال عن المعالج .

أهداف العلاج النفسي:-

- إزالة أسباب الأمراض.
- علاج أعراض الأمراض.
- تعديل أو تغير وإزالة السلوك السيئ أو التكيف السيئ.
- يعلم العميل كيفية اتخاذ القرارات أو عملية اتخاذ القرارات.

- إعادة الفرد وتخليصه مما يعانيه من الأمـــراض النفســية والعقليـــة والانحرافات الأخرى.
- التصدي لعلاج الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الفرد.
- تقوية ورفع مستوي النمو الإيجابي في تطور الشخصية.
- إتمام نضج الشخصية وكمالها.
- اكتساب اتجاهات جديدة لدي الفرد.
- حل أو تصفية الصراعات التي تسبب عجز الفرد.
- زيادة تقبل الفرد لذاته.
- زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه.
- توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشكلات المختلفة.
- تقوية الذات وبنائها عن طريق الملاءمة والشعور بالأمان.
- تحقق سعادة الفرد وشعوره بالرضا عن ذاته وعن المجتمع.
- تنمية قدراته ومواهبه وخبراته وخصائصه الإيجابية.

خطواته:- أوضح العيسوى هذه الخطوات علي النحو التالي:-

١- خلق جو وعلاقة إيجابية.
٢- الارتياح الانفعالي أو التنفيس الانفعالي.
٣- عملية الاستبصار.
٤- إعادة التعليم الانفعالي.
٥- تعديل وتغير السلوك.
٦- تغير الشخصية.
٧- إنهاء العلاج (توقفه).
٨- تقييم عملية العلاج.
٩ المتابعة.

خصائص المريض النفسي:-

- توفر درجة من الذكاء لديه.
- شعوره بحالة الاضطراب النفسي.
- أن يكون لديه رغبة في الشفاء.
- أن يكون لديه القدرة على تلقى المعلومات من المعالج.
- أن يطيع المعالج بما يلزمه به.
- أن يكون لديه استبصار بحالته.
- أن يعيش جو الألفة والطمأنينة التي يخلقها المعالج.
- أن يشعر بالاطمئنان من المعالج.

خصائص شخصية المعالج النفسي:-

- الإلمام بمعلومات كافية عن علم النفس والطب النفسي والعلاج النفسي والأمراض النفسية.
- التدريب الكافي علي ملاحظة المريض.
- أن يتحرر من الاضطرابات الانفعالية الخطيرة لأن فاقد الشيء لا يعطيه.
- أن يكون علي درجة عالية من الذكاء.
- الصبر وقوة التحمل.
- قدرته علي فهم ذاته وفهم الآخرين أي القدرة علي الفهم المتبادل.
- لديه القدرة علي الاهتمام بالآخرين.
- لديه القدرة على التشخيص الجيد.
- المرونة تجاه الذات وتجاه المريض.
- تأثره بانفعالات المريض.
- قدرة عالية علي الإقناع والتأثير في الغير.

- حبه للمهنة.
- قدرة علي إقامة علاقات مع الآخرين.
- الامباثية.
- الموضوعية.
- السرية التامة.
- القدرة علي التجاوب النفسي.
- الاستقرار الانفعالي.

طرق العلاج النفسي:-

- أشار زهران إلي العديد من طرق العلاج النفسي نوجزها كما يلي:-
- العلاج الفردي والعلاج الجماعي.
- علاج الأسباب وعلاج الأعراض.
- علاج التدعيم وعلاج إعادة البناء.
- العلاج المطول والعلاج المختصر.
- العلاج العميق والعلاج السطحي.
- العلاج الموجه والعلاج غير الموجه.
- العلاج السلوكي والعلاج المعرفي.
- العلاج المرن والعلاج الملتزم.

ويمكن تصنيف أنواع العلاج علي النحو التالي:-

* الأساليب العلاجية القديمة: التنويم المغناطيسي ، العلاج الروحي والديني.
* الأساليب العلاجية الحديثة: التحليل النفسي ، العلاج السلوكي ، العلاج السلوكي العرفي ، العلاج العقلاني الانفعالي ، العلاج

المركز حول العميل ، العلاج بالمعني ، العلاج الجشطلتي ، العـــلاج الجماعي ، العلاج بالسيكودراما.

* الأساليب العلاجية المساعدة: العلاج البيئي (الاجتمــــاعي) ، العـــلاج الأسري ، العلاج بالفن ، العلاج بالقدوة ، العلاج بـــاللعب ، العـــلاج بالعمل ، العلاج الترفيهي.

وسوف يتم عرض نماذج لأساليب العلاج النفسي المختلفـــة فـــي الفصول المقبلة.

الفصل الثاني

الطرق القديمة في العلاج النفسي

١- العلاج بالتنويم المغناطيسي

٢- العلاج الروحي والديني

١- العلاج بالتنويم المغناطيسي:- Hypnotherapy

يعتبر التنويم المغناطيسي من الأمور الغامضة في عالمنا المعاصر ، ولم تكتشف بعد جميع أسرار هذا النوع من العلاج ، فقط ارتبط التنويم المغناطيسي في الماضي بمفاهيم أو تصورات خيالية مثل: المغناطيسية الحيوانية ، وأثر النجوم وغيرها.

التنويم المغناطيسي ظاهرة تحدث من مؤثرات نفسية ، وهو حالة من انخفاض درجة الوعي نتيجة لمؤثرات رتيبة ومنظمة أو خاصة. وأشار إليه عكاشة بأنه نوم صناعي ، يحدث عن طريق الاسترخاء الجسمي ، وتركيز الانتباه في مجال ضيق من الأشياء بإيحاء من المنوم ، ولا يحدث نتيجة مواد محددة.

وقد كان العلاج بالتنويم المغناطيسي معروفا عند قدماء المصريين وعند شعوب أخري ، ويرجع استخدامه إلي مسمر ، ويستخدم في علاج أعراض التشنج الهستيري حتى بدون معرفة أسباب هذا التشنج ، إلا أن فرويد اكتشف فيما بعد أن التنويم المغناطيسي يزيل فقط الأعراض وأنه مؤثر وقتي ، فالأعراض قد تعود ثانية أو تظهر في شكل آخر ، مما جعله يتوقف عن استخدامه في العلاج.

وهناك نوعان من التنويم:-

الأول: يعرف بالإيحاء الطبي ، وهو معروف في الطب النفسي وله حقائق ومعلومات ثابتة ومدروسة ومؤثرة ، وطرق علمية محددة.

الثاني: هو التنويم المسرحي ، الذي يقوم به بعض الأشخاص في المسارح العامة ، وبه يستطيعون تعليق فتاة في الهواء وغير ذلك.

وعن دور التنويم في العلاج فلاشك أن الطب الحديث يقوم أساسا علي التشخيص السليم ، ثم استعمال العقاقير والأدوية اللازمة لعلاج الحالة المرضية التي تم تشخيصها ، ولقد ثبت أن أي عقار يتناوله المريض يحمل في طياته أثار نفسية قد يصل إلي حوالي ٤٠ % من تأثيره الإكلينيكي ، هذا الجزء يسمي في علم العقاقير (بلاسيو) بمعني التأثير الإيحائي للدواء ، ونسبة التأثير هذه تتفاوت من مريض لآخر ، ومن عقار لآخر ، ومن طبيب لآخر ، ومن هذا المنطلق (التأثير الإيحائي للدواء) نشأت فكرة الإيحاء النفسي كوسيلة قائمة بذاتها في العلاج ، ويعتمد التأثير علي قابلية المريض للإيحاء ، وقدرة الطبيب أو المعالج علي الإيحاء ، وإدخال الإقناع في نفس المريض ، وهناك عدة استخدامات للتنويم المغناطيسي (كعلاج).

* إجراء العمليات الجراحية بدون ألم ، ووقف النزيف ولا يشعر المريض بعد إيقاظه بأي ألم لأنه لا يشعر بما حدث ، ويستخدم في مستشفيات (الولايات المتحدة الأمريكية وألمانيا وفرنسا) وخاصة مع الأشخاص الذين لايستجيبون لمواد التخدير.
* رفع الروح المعنوية للتلميذ الذي يخاف من المدرسة أو يخاف الرسوب.
* رفع المستوي الرياضي للرياضيين بطريقة الإيحاء ، مما يساعد اللاعب علي تنمية قدرته علي تحمل المصاعب والمشاكل التي تعترض طريقه.
* المساعدة في إنقاص الوزن بحيث يشعر الشخص البدين بالاشمئزاز إزاء تناول كميات كبيرة من الطعام.

* تخفيف وطأة الأمراض المزمنة كالصداع المزمن والربو الشعبي والأمراض المعدية.
* تخفيف وطأة المشاكل الأسرية والزوجية ، وتغير أساليب العنف والقسوة في التعامل مع الأطفال.
* التغلب علي لكنة اللسان والثأثأة والتهتهة ومظاهر الخجل عند بعض الناس.
* التخلص من الأحلام المفزعة والكوابيس والخوف من الأماكن المهجورة.
* التغلب علي نوبات القلق والاكتئاب والغضب السريع.
* التغلب علي المشاكل المصاحبة لتأخر الزواج كالعجز أو الخوف من عدم القدرة علي الإنجاب (مجدي الشهاوى ، عماد الدين سلطان ، أكرم طا شكندي).

وقد وضح العيسوى عدة خطوات لإحداث عملية التنويم ، وأكد علي أنها تتفاوت من حالة لأخرى حسب استجابة العميل وخضوعه للتنويم:-

١- الحصول علي تعاون العميل وتخليصه من أي خوف إزاء التنويم.
٢- وضع المريض في موضع مريح جدا واسترخائه استرخاء كليا في جلسته.
٣- تضييق دائرة انتباهه وتركيز انتباهه تركيزا شديدا علي شيء ما.
٤- توجيه مناشط العميل عن طريق الإيحاءات المدعمة مع الاعتماد علي تكرار الإيحاءات ، واستخدام الاستجابات الجسمية الطبيعية.

وحيث ظهرت طريقة جديدة أطلق عليها عبد الوهاب كامل (وسيلة الإقناع) أوضح فيها أن دور الطبيب يبرز في جلسات الإقناع

التي تقوم بصفة جوهرية علي أســـاس المعرفــة الكاملــة المتكاملــة لشخصية المريض معرفة عملية تقدم علي القياس التجريبـــي ، حيـث يبدأ الطبيب باستكشاف مداخل الطرق النفسية للإقناع والتي تبــدأ مــن داخليات المريض وكيف أن تعرف داخليات المريض ، وبالطبع هـــذا يشكل أمرا صعبا ، إلا أن اشتراك أكثر من أخصائي يساعد علي ذلـك بجانب الاختبارات الأسقاطية ، وبذلك نجد أن الإقناع العملي للمريـض يقوم علي معرفة جميع الخصائص النفسية لشـــخصيه حيـث يمكـن بالخبرة معرفة أي الصفات أو الخصائص تبدأ ؟ ولو أن تلك الطريقــة تستغرق وقتا طويلا الإ أنها مؤثرة ومفيدة حيث تنفتـــح أفــاق جديــدة للمريض لم يكن له معرفة سابقة بها ، وبالتالي يمكنه أن يتعلم طريقــة إعادة كل موقف يسبب له إشكال شخصي بهدوء وعقل ومنطق ، حيـث يمكنه التغلب علي العقبات (عبد الوهاب كامل ، ١٩٩٩).

٢- العلاج الروحي والديني

كانت مدرسة سقراط أول من أصدرت رسائل طبية تشير إلـــي أن المرض الرباني (الصرع) هو من عند الله ، ثم جاء أفلاطون وذكـر في كتاب الجمهورية أثر الأحلام والروحانيات فـــي عـــلاج مرضـــي العقول ، كما أوضح العلاقة بين الجسد وشفاء النفس ، ثم جاء القدمـــاء واعتبروا أن الإله بيده الموت والحياة وبيده الصحة والمـــرض ، وأن المرض ناتج من اقتراف الآثام ، ولابد للمريض أن يعترف بذنوبه أمام الإله.

وجاء الإسلام وقضي علي هذه الخرافات والعادات الخاطئـــة ، واهتم بالعلاج الديني ، ويري زهران أن العلاج النفسي الديني هو نوع

من الإرشاد أو أسلوب توجيه وإرشاد وعلاج وتربية وتعليم ، ويقوم علي معرفة المريض لنفسه ولربه ، والقيم والمبادئ الروحية والخلقية ، وذلك يهدف تحرير الفرد من المشاعر التي تهدد طمأنينته وأمنه النفسي ، ومساعدته علي تقبل ذاته ، وتحقيق إشباع الحاجة إلي الأمن والسلام النفسي ، وهو أسلوب يعتمد علي الإيمان بالله والتمسك بالقيم الدينية والخلقية من أجل تدعيم المفاهيم الدينية الصحيحة وتنميتها ، والتسليم بأمور الدين ، بهدف تحقيق النمو النفسي والديني السوي ، وتحقيق التوافق والصحة النفسية.

وتشير زينب شقير إلي أنه لكي يثمر العلاج الديني لابد وأن تعاد تربية المريض من جديد علي المبادئ والمثل العليا والقيم الدينية والتعليم ، واكتساب اتجاهات وقيم جديدة حتى يستقيم سلوكه ويتحقق له الإيمان والشعور بالطمأنينة ، ويعيش في سلام واستقرار مع نفسه ، ومع غيره من الناس ، وعلي هذا فإن هذا النوع من العلاج يهدف إلي تحرير الفرد من مشاعر الإثم والخطيئة التي تهدد أمنه وطمأنينته ومساعدته علي تقبل ذاته ، مما يساعد علي تغير وتعديل السلوك ، والتخلص من القلق والاضطراب النفسي.

ويمكن للمعالج (المرشد) النفسي الديني أن يستخدم بعض الفنيات الإرشادية المعرفية مثل الإقناع والحوار والمناقشة والتخيل وغيرها من الفنيات التي قد تساعد العميل علي تكوين مجموعة من المهارات والاتجاهات والقيم وإعادة التربية بما يسمح بتحقيق الاطمئنان النفسي والتخلص من المشكلات التي تواجهه ، علي أن يتناول الشخصية الإنسانية واضطرابها من جميع النواحي العقلية والاجتماعية والنفسية

والروحية والدينية ، ويمتاز بالواقعية وتقبل الفرد لأن يتماشى مع الطبيعة الإنسانية ، ومع العقل والمنطق.

وهكذا يعالج القرآن الكريم موضوع شخصية الإنسان بطريقة شمولية بحث لايترك منه شيئا ولايغفل عن شيء (جسم - عقل - روح - حياته المعاشية ، تصوراته ، قيمه ، معنوياته ، وكل نشاطه وحركاته ، وتفاعله مع الانسان الآخر ، وكل ما يحيطه من المعطيات الحسية).

وجدير بالذكر أن الوصف القرآني للانسان لم يقتصر علي تكامل النظرة إلي الانسان ، وإنما يحذر أولئك الذين يتصورن وهماً أن مذاهبهم أو نظرياتهم التي تناولت الانسان ممكن تصوره جسما بلاعقل ، أوروحا بلا جسم ، أو عقلا بلا روح ، ثم يوهمون أنفسهم بأن هذا التناول الجَزئي للانسان يجعل تصوراتهم علمية دقيقة أو يجعلهم يدعون أداعاءتهم المضلة بل هذا التناول الجزئي للانسان بالدراسة يجعل عوامل الضبط والتحكم في أمور الانسان أكثر دقة وأكثر منهجية (سيد صبحي).

وقد أوضح زهران أن من أسباب حدوث المرض النفسي من الوجهه الدينية هو الضلال والبعد عن الإيمان وعن الدين وعن ممارسة العبادات ، والضعف الأخلاقي والشعور بالذنب ، وكذلك الصراع بين الحلال والحرام ، والصح والخطأ ، والخير والشر ... الخ.

وأوضح أن العلاج النفسي الديني يسير في خطوات:-

- الاعتراف بالذنب.
- التوبة.
- الاستبصار بالذات.

- التعلم واكتساب اتجاهات وقيم جديدة.
- الدعاء.
- ذكر الله.

كما أشار بأن هذا النوع من العلاج يستخدم بصفة خاصة في الحالات التي يتضح أن أسبابها وأعراضها تتعلق بالسلوك الديني للمريض ، ويفيد في حالات القلق ، الوسواس ، الهستيريا ، توهم المرض ، الخوف ، الاضطرابات الانفعالية ، مشكلات الزواج ، الإدمان ... .

الفصل الثالث

الطرق الحديثة في العلاج النفسي

١- العلاج بالتحليل النفسي

٢- العلاج السلوكي

٣- العلاج المعرفي السلوكي

١- العلاج بالتحليل النفسي Psychoanalysis Therapy

مقدمة:-

يعتبر التحليل النفسي من أهم الطرق الهامة ، كما أنه يعتبر نظرية نفسية تعبر عن ديناميات الطبيعية البشرية وعن بناء الشخصية ، وكذلك منهج في البحث لدراسة السلوك البشري ، ويتميز التحليل النفسي حاليا بوجود عدة اتجاهات في داخله.

هذا ويمثل العلاج عند فرويد أهمية كبيرة في مجالات العلاج النفسي ، وذلك نظرا للسبق التاريخي من جانب ، ولآثاره المعاصرة الواسعة علي أساليب العلاج النفسي المعاصرة ، وهو باختصار المدرسة التي تدين لمنشئها فرويد بكثير من الأفكار والنظريات التي طبقت بمهارة في مجالات الحياة المختلفة كالفن والسياسة والأمراض النفسية وغيرها.

وقد استند التحليل النفسي إلي نظريات التحليل النفسي في الشخصية ، والتي ترجع إلي اكتشاف فرويد للاشعور الذي وصفه بأنه في خزان يغلي بالرغبات الجنسية التي لم تتحقق منذ الطفولة حتى الآن وقد بني فرويد نظريته الأولي في التحليل النفسي نتيجة لعملية التنويم المغناطيسي ، ثم بخبرته بالتداعي الحر ، وتفسير الأحلام وخاصة أحلام مرضاه.

وقد استند فرويد في العلاج علي مبدأ الحتمية النفسية ، والتي مؤداها أن لكل معلول علة ، أو لكل سبب نتيجة ، فالأفكار والأفعال ، والانفعالات التي كان يظن أنها تأتي عرضا أو لا معني لها لابد وأنها ترجع إلي سبب إما شعوري أو لاشعوري.

وهناك اتجاهان في التحليل النفسي هما:-

- التحليل النفسي الكلاسيكي ، المرتبط بفرويد.
- التحليل النفسي الحديث ، وهم زملاء فرويد وتلاميذه ، وكانوا قد أدخلوا تعديلات وتطورات في نظريته (الفرويديون الجدد).

تعريف التحليل النفسي وهدفه:-

- هو عملية تتضمن استعادة ما استبعد بطريقة الكبت من اللاشعور إلي الشعور ، وتساعد العلاقة التي يكونها المريض مع المعالج علي تقوية الذات بدرجة تجعلها قادرة علي أن تساير القلق الذي يحركه عودة المكبوت إلي وعي الفرد ، ولكي تصل إلي هذا المكبوت لابد أن نجعل كل العوامل الكامنة وعوامل الكبت في أقل درجة من التأثير ، بحيث تتيح للفرد فرصة للوصول بسهولة إلي أعماق نفسه (مصطفي فهمي).
- هو عملية علاجية متخصصة ، شاملة ، طويلة الأمد ، يتم فيها استكشاف المواد المكبوتة في اللاشعور من أحداث وخبرات وذكريات مؤلمة ودوافع متصارعة وانفعالات عنيفة وصراعات شديدة سببت المرضي النفسي ، واستدراجها من غياهب اللاشعور إلي حيز الشعور ، عن طريق التعبير اللفظي التلقائي الحر الطليق ، ومساعدة المريض في حلها في ضوء الواقع وزيادة استبصاره وتحسين الفاعلية الشخصية والنمو الشخصي ، وهدفه النهائي هو إحداث تغير أساسي صحي في بناء الشخصية (حامد زهران).
- أي أن العلاج بالتحليل النفسي يهدف إلي فتح مناطق اللاشعور لتصبح موضع تفحص الشعور - أنا أو الذات الواعية - علما بأن

هذه الرغبات والدوافع والأفكار المكبوتة جميعها ذات طابع جنسي من وجهة نظر فرويد.

تفسير التحليل النفسي للاضطرابات النفسية:-

وضع فرويد نظريته في الغرائز (الليبيدو) كما أمكنه أن يضع نظرية مفصله في نمو الغرائز الجنسية وتطور مناطق إشباع الطاقة الليبيدية أطلق عليها:-

- المرحلة الفمية (المصية والعضية).
- المرحلة الأستية - عقدة أو ديب - مرحلة الكمون - مرحلة البلوغ - مرحلة المراهقة - واستطاع أن يكشف العلاقة بين اللاشعور وبين الاضطرابات الانفعالية عند الفرد ، وأن هناك صراع دائم بين دوافع الفرد ورغباته من أجل الإفصاح عن نفسها ، وبين القوي الكابتة (الأنا الأعلى) وهو ما يعبر عنه بالصراع بين غرائز الفرد وبين إمكانيات المجتمع ، مما يؤدي بالفرد إلي السعي من أجل السيطرة علي دوافعه ورغباته من أجل الحفاظ علي التقاليد والقيم والمعايير الاجتماعية.

وقد فسر فرويد العصاب بأنه ينشأ عندما يشتد الصراع بين الأنا وبين رغبات الليبيدو ، وبذلك فقد أرجع فرويد العصاب إلي عوامل حيوية وليس إلي عوامل ثقافية واجتماعية وجعل من القلق لب العصاب ومحوره ، ومن عقدة أو ديب نواته ومنشأة ، وأنه لايوجد عصاب نفسي بدون سبب أو استعداد عصابى أي بدون عصاب طفلي.

ويمكن إيضاح ذلك بأن الفرد في طفولته يتميز جهازه النفسي بأنه غير ناضج ، وأن أناه تكون غير قادرة علي مواجهة متطلبات الليبيدو ن بسبب ضعف الأنا الأعلى في فترة الطفولة ، مما يجعل الفرد في طفولته

يسعى بسلوكه طبقا لمبدأ اللذة ، وعندما يكبر الطفل ينضج معه جهازه النفسي في الوقت الذي تلح فيه رغباته الجنسية ، مما يسبب شدة الصراع بين الأنا والأنا الأعلى فيضطر الفرد إلي النكوص بسلوكه إلي المراحل الطفلية (نقطة التثبيت) وعندما يحدث ذلك يكون عاملا ممهداً للاضطرابات النفسية والعصاب ويحدث الصراع في العصاب بين الهوا والأنا.

- بينما فسر فرويد الذهان بأنه دفاعا يقوم به الفرد ضد خيبة أمل أوقعه الواقع فيها ، وصورة خطيرة (اضطراب السلوك) ، ويري أن النكوص والتثبيت في الذهان أعمق منها في العصاب ، حيث تزيد شدة الحرمان والإحباط ، كما أن الأنا تبتعد عن الواقع ويستسلم الذهانى ومتطلباته مما يؤدي إلي ظهور الهلوسات والهذيانات ، ويكون الصراع لحادث في الذهان بين الأنا والواقع (أي بين الأنا والأنا الأعلى).

دور المحلل النفسي:-

ويري فرويد أنه لابد من وجود ثلاثة شروط أو عوامل تعمل علي خلق العصاب: الحرمان والتثبيت والقابلية لصراع ناشئ عن الأنا.

هناك عدة اعتبارات أولية يهتم بها المعالج.

يجب علي المحلل ألا يهتم بالأعراض المرضية التي يذهب بها المريض ، بل يعتقد أن هذه الأعراض تعبر عن مشكلات أخري أعمق هي التي يجب أن يتجه إليها العلاج.

- يعتقد أن المرض النفسي إحياء من خلال الأعراض لذكريات شعورية حقيقية في أعماق الذهن.

- يؤمن بأن جذور المشكلة لا تمتد للآن ، ولكـــن للمـــاضي لخـــبرات الطفولة والعلاقة المبكرة بالوالدين في السنوات الخمس الأولــي مــن العمر.
- وأن ما يحدث أثناء الطفولة فهو أمر أكثر تعقيداً (عبد الستار إبراهيـم) أما عن دور المحلل فتتمثل في:-

١- إصغاء وملاحظة وفهم وانتظار وصمت ، وتقديم التفســير الملائــم بالصورة الملائمة في الوقت الملائم ، وأن يكون حياديا لحد ما.

٢- يوحي فرويد بأن يكون الانتباه الذي يوليه المحلل في الجلسة انتباهــا حائما غير مرهف ، مما يتيح للمريض حرية أكبر فــــي التداعــي ويتيح للمحلل فرصة أكبر لفهم أعمق.

٣- يوصي فرويد بأن يكون المحلل أشبه شيء بالمرآة ، فلا يعكـــس الإ ما يعرض عليه ، ومن هنا أيضا ليس للمحلل أن يكشف شيئا عـــن ذاته أو حياته أو آرائه ، ومن هنا التحليل التعليمي والذاتي لتمكيـــن المحلل من تبين اتجاهاته واستجاباته ومن السيطرة عليها (مضــــاد الطرح).

٤- يعتمد التحليل علي تلقائية المريض وبذلك فليس للمحلـــل أن يقــوم بنصح أو توجيه.

٥- إن ترتيبات الموقف التحليلي ودور المحلل يعملان علـــي أضعــاف رقابة الأنا والروابط الاجتماعية العادية ، مما يجعل التحليل شــــبيها بالتنويم المغناطيسي ، هذه الجنبات اللاواقعيـــة والطفليـــة للإطـــار التحليلي تعتبر ضرورية لتطور العلاج (محمد الطيب).

٦- علي المعالج أن يعطي المريض فكرة عن عملية التحليل النفســـي ، ويتعرف علي موعد الجلسة ومدتها ، ووسائل التحليـــل وأهدافـــه ،

وأن تستغر الجلسة العلاجية حوالي (٤٥) دقيقة وتجري بين (١-٥) مرات أسبوعيا. وقد يستغرق العلاج بالتحليل النفسي أكثر من عام ، وقد يستمر لمدة عامين.

أسس العلاج النفسي التحليلي:-

لخص عبد الرحمن العيسوى ما وصفه فرويد من أسس ومفاهيم يستند عليها العلاج التحليلي:-

١- **الحتمية النفسية:** بمعني أن الظواهر النفسية ليست وليدة الصدفة أو العفوية ، وإنما تخضع لمبدأ العلية ، وأنه يوجد تفسير لظواهر الأحلام والخيالات والزلات.

٢- **الكبت واللاشعور:** ويعني هذا المبدأ أن هناك بعض العمليات لانشعر بها ولا نعيها ، وخاصة الرغبات والصراعات التي تترسب إلي أعماق اللاشعور عن طريق الكبت.

٣- **التداعي الحر والمقاومة:** إن آليات الذات الوسطي تحمي الفرد من الكشف عن الذكريات المؤلمة والصراعات ، ولذلك ينتج عن الذات ما يسمي بالمقاومة ، ولقد ابتكر فرويد أسلوب التداعي للتغلب علي مقاومة المريض.

أساليب أو فنيات العلاج بالتحليل النفسي:-

١- التداعي الحر Free Association :

يعتبر التداعي الحر أو التداعي الطليق الإجراء الرئيسي في عملية التحليل النفسي ، فبعد أن يستلقي المريض علي أريكة ويصبح في حالة من الاسترخاء ، يطلب منه المعالج أن يفصح عما يدور بخاطره من أفكار وذكريات مهما كان نوعها ، دون محاولة من المعالج توجيه تسلسل أفكاره وجهة معينة أو نقدها. ويجب علي

المعالج أن يكون يقظا منتبها لما يبدو علي وجه المريض وسماته من انفعال ، أو ما يصدر عنه من زلات اللسان ، أو حركات غير عادية مثل التلعثم والتردد أو التأخر في الكلام ، أو التوقف المفاجئ في تسلسل الأفكار.

وقد يتدخل المحلل ليوجه أو ليستفسر ، أو ليشجع المريض من أجل الاسترسال في تسلسل أفكاره ، ولابد للمعالج فيما بعد من تفسير كل ذلك ، وذكر فيصل خير الزراد أن المحلل بإمكانه العمل علي إضعاف القوي الكابتة (قوي الأنا الأعلى) ، هذا وتفيد عملية التداعي الحر هذه أيضا في عملية التنفيس الانفعالي ، أو تفريغ الشحنة النفسية المكبوتة عند المريض.

٢- المقاومة The Resistance :

يقول فرويد أنه قد تصمت الأنا لدي المريض فترة أثناء التداعي الحر ، فتصيد مشتقات الهي من هذا الصمت وتنبثق في الشعور ، ولكن الأنا لا تلبث أن تتخلى عن سلبيتها التي ارتضتها بالقاعدة فتتحرك بالدفاعات في وجه الدخيل ضمن التيار المتصل للتداعيات ، بذلك يكون انتهاك القاعدة في صورة مقاومة (محمد الطيب).

وقد تأخذ المقاومة أشكال متعددة منها:-

زلات السان ، بعض الحركات غير العادية ، التوقف عن الكلام التأخر عن حضور الجلسات عدم الرغبة في التعاون - تناسبي المواعيد أو الاعتزار عنها ، انخفاض صوته ، عدم الإصغاء للمعالج ، التلعثم ، الحديث في موضوع واحد ... الخ.

كل هذا يدل علي مقاومة المريض لموقف أو لفكرة مؤلمة تكاد تظهر إلي خير الشعور ، حيث أنه الخبرات الماضية المؤلمة والأفكار

والرغبات والصدمات العاطفية كلها أمور تعترض المقاومة ظـهورها ، لأن لها دلالات خاصة وعلاقـة وثيقـة بمشـكلة المريـض ، أي أن المقاومة تعتبر وسيلة دفاعية تؤدي إلي راحة المريض.

ويري فرويد ضرورة أن يعمل المعالج علي إضعاف حـدة المقاومـة ولفت نظر المريض لها. وقد يتطلب الأمر إعطاء المريـض بعـض العقاقير المنشطة للذاكرة.

٣- التحويل (الطرح) The Transference :

اهتم بفرويد بالعلاقة الإنسانية بين المعـالج والمريـض أثنـاء جلسات العلاج ، وقد لاحظ أن المريض قد يتعرض لمختلف المشـاعر حيال المحلل. فهو يحبه تارة ويكرهه تارة أخـري ، وباعتبـار أنـه لاتوجد صلة سابقة بين المريض والمحلل ، فليس هناك ما يبرز هـذا السلوك ، وعليه فيكون المقصود بهذه المشاعر شـخص آخـر ومـا المحلل الإ رمز له ، ومن ثم تتحول تجاهه المشـاعر التـي يمكنـها المريض في واقع الحياة لهؤلاء الأشخاص (التحويل الوجدانـي) ، أي أن الطرح وسيلة للكشف عن أعمق تجارب المريض الانفعالية.

وللطرح أنواع ثلاث (وعلي المعالج تحليل سلوك المريض فـي موقف التحويل)

- **طرح إيجابي:** حيث يصاحب الطرح مشاعر الحب والإعجاب تجـاه المعالج.
- **طرح سلبي:** حيث يصاحب الطرح كراهية وحقد وعدوان.
- **طرح مختلط:** حيث يجمع بين النقيض الحب والكراهية.

يرى فرويد أن مرحلة الطرح هذه هي المرحلة التي يتركز فيها شفاء المريض الدائم من الأعراض العصابية.

٤- **تفسير الأحلام :Dream Interpretation :**

استخدم فرويد تحليل الأحلام كوسيلة للوصول لأعماق اللاشعور والكشف عن أسراره ، حيث يعتبر الحلم الطريق إلي اللاشعور وما يحتويه من عقد ودوافع ورغبات مكبوتة والتي أغلبها جنسية ، وركز فرويد على ضرورة التمييز بين المحتوى الظاهر (الصريح) للحلم كما يرويه صاحبه ، وبين المحتوى الكامن للحلم كما يفسره المحلل .

ويجب أن يكون التفسير كاملا وصحيحا ومنطقيا حتى يقبله المريض ، حيث يفيد التفسير في تغيير أدراك المريض للأشياء ، وفي معرفة المريض واتجاهه تجاه نفسه ، وجعل المكبوتات اللاشعورية شعورية ، مما يخفف من حدة الانفعالات والقلق ، وأن يكون التفسير ضمن الشخصية ككل وليس في معزل عنها.

٥-التفريغ أو التنفيسى الانفعالي Cathersis :

وقد حددها فرويد بأنها في حث المريض علي تذكر الحداد والخبرات الشخصية الماضية ، واسترجاع الدوافع والذكريات والصراعات اللاشعورية بمصاحباتها الانفعالية ، التي لم يعبر عنها المريض أثناء الصدمة تعبيرا كافيا مما أدي إلي الكبت وتكوين العصاب ، وأكد فرويد أن أعراض العصاب تختفي تلقائيا نتيجة التفريغ الانفعالي التي يحدث خلالها استرجاع محتويات اللاشعور إلي خير الشعور ، والتعبير عنها لفظيا وانفعاليا ، لهذا فهي تعتبر عملية علاجية هامة.

استخدامات التحليل النفسي :

من منطلق أن المحلل يسعى إلي إعادة التوازن بين مطالب الأنا ومطالب الهي ، وكذلك مطالب الأنا لأعلى ، والعمل على حل الصراعات داخل المريض .

ولابد للمعالج أن ينهى الجلسات تدريجيا وليس فجائيا .

وأثبتت التطبيقات العملية للتحليل النفسي أنه يفيد في علاج حالات الهستيريا والمخاوف المرضية ، والقلق ، والوساوس القهرية ، والاكتئاب والإدمان ، والانحرافات الجنسية .

بينما لايفيد هذا النوع من العلاج في علاج الأمراض العقلية الحادة ، والسيكوباتية ، وحالات الضعف العقلي ، وحالات الأطفال تحت سن المراهقة ، أو المسنين .

عيوبه:

-أنه منهج طويل الأمد.

-باهظ التكاليف.

-يغزو شخصية المريض ويتدخل في كيانها لتعديلها ، ويقتحم أسرارها ومكوناتها وينافى هذا المبادئ الأخلاقية .

- ينطوي على بعض الأفكار الفلسفية أو العرضيات الغيبية ، من ذلك فكرة الأنا واللاشعور واللبيبيدو وعقدة أوديب واليكترا ، والنرجسية .

مما أدى إلي التفكير في منهج علاجي أخر هو المنهج السلوكي برغم من أن منهج التحليل النفسي لا يهتم بمجرد إزالة الأعراض ولكنه يركز على إزالة السبب الحقيقي للاضطراب النفسي مما يؤدي إلي عدم عودة المرض للفرد مرة أخرى .

٢- العلاج السلوكي Behaviour Therapy

إن العلاج السلوكي شكل من أشكال العلاج يهدف إلي تحقيق تغيرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية.

وقد ظهر هذا العلاج وتبلور على يد عدد من علماء النفس من بينهم جوزيف فولبة ولازاروس ، وإن كانت جذور هذا المنهج ترتد إلي الأعمال العملية والتجارب التي أجراها علماء السلوكية علي الحيوان في مجال تفسير عملية التعلم مثل واطسون وسكينر وباندورا وهل وثورنديك وبافلوف. وعليه فإن المحاولات الأولي من العلاج السلوكي كانت مرتبطة بظهور نظريات التعلم لهؤلاء العلماء ، لكن الشائع الآن هو عدم الاقتصار على ربط العلاج السلوكي بنظريات التعلم هذه وحدها ، بل وأن تمتد للجوانب الأخرى من التقدم العلمي في نظريات الشخصية والنظريات السلوكية والمعرفية والاجتماعية في علم النفس ، ولهذا فإن مفهوم العلاج السلوكي هو علاج متعدد الأوجه يمتد ليشمل:-

أ- الأساليب السلوكية التي قامت بتأثير من تطور نظريات التعلم عند بافلوف وهل بشكل خاص .

ب- الإسهامات التي قام بها سكينر والتي امتد تأثيرها إلي جوانب سلوكية تتطرق لها المدرسة التقليدية مثل تعديل البيئة ، والتحكم في المنبهات الخارجية كوسيلة لضبط السلوك .

ج- أساليب العلاج الزهني أو المعرفي والتى تركز علي تعديل الأساليب الخاطئة من التفكير ، والتدريب علي حل المشكلات والإلمام التربوي والتعليمي بالمشكلات التي يتعرض لها الفرد .

د- الأساليب الاجتماعية بما فيها تدريب المهارات الاجتماعية ، والتفاعل الاجتماعي الجيد من خلال ملاحظة النماذج السلوكية والقدوة وتدريب القدرة على الثقة بالنفس والتوكيدية (عبد الستار إبراهيم وآخرون) .

وعليه فإن العلاج السلوكي شكل من أشكال العلاج النفسي يعتمد علي نظرية التعلم ، ويفترض هذا الاتجاه من العلاج أن الأعراض العصابية هي حصيلة تعلم خاطئ عن طريق الأشراط ، وأن العصابية هي تعلم ، فيمكن أن لا نتعلمها وكذلك يمكن أن تكتسب سلوك فعال ، حيث يتألف العلاج السلوكي في الأساس من العملية التي تمحى التعلم غير الملائم والتزود بتجارب علمية ، فقد تكون استجابة مناسبة لم تعلم بعد أي حذف وإزالة سلوك غير المتكيف ومساعدة العميل على إبداله بسلوك متكيف ، ويكون الهدف العام للعلاج السلوكي هو وضع وضعية جديدة للتعلم وحصر السلوك المكتسب الذي يتعلمه الفرد من البيئة التي يعيش فيها متضمنا السلوك غير المتكيف (جبر الدكورى).

لقد برز العلاج السلوكي بوصفه منهجا نظاميا شاملا في العلاج في مواقع ثلاث :-

١-أعمال جوزيف فولبة التي اعتمدت علي أساليب بافلوف في إحداث وإزالة العصاب التجريبي في الحيوان ، وقد ظهر منها أسلوب التخلص التدريجي من الحساسية.

٢-أعمال هـ .ج أيزنك و .م .ب شامبيرو الذين اهتما بالمدخل التجريبي الأمبيريقي لفهم وعلاج المريض ، باستخدام الحالة الفردية الضابطة لنفسها ، ونظرية التعلم الحديثة في عملية العلاج.

٣-الأعمال المستوحاة من بحوث ب . ف سكينر بتطبيق تكنولوجيا الإشراط الإجرائي علي المرضى ، وعلى مر السنين بذلت محاولات لتصور دور التعلم في العلاج النفسي ، ومنها محاولات دولارد وميللر . وقد صاغ سكينر مصطلح العلاج السلوكي (لويس مليكه).

وينظر جماعة العلاج السلوكي إلي الأعراض العصابية المرضية بأنها عبارة عن عادات خاطئة ، تعلمها المريض لكي يقلل من درجة قلقه وتوتراته ، ويعتبرون أن موضوع التعلم من الموضوعات الهامة في حياة الانسان ، وينظر دولارد وميلار إلي المسالك الأولية المرتبطة بالعصاب علي أنها الشقاء والغباء والأعراض ، هذه الخصائص المميزة تظهر تبعا لمبادئ التعلم ، وتستند بصفة أساسية إلي الصراع ، أي أن الصراع الانفعالي الشديد في رأى دولارد وميلار هو الأساس الضروري للسلوك العصابي.

وتعتقد المدرسة السلوكية أن السلوك الإنساني ما هو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد أو اكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة ، ويتحكم في تكوينها قوانين الكف والاستثارة اللتان تسيران مجموعة الاستجابات الشرطية نتيجة العوامل البيئية التي يتعرض لها الفرد . ويرى السلوكيون أن الاضطراب الانفعالي ينتج عن أحد العوامل التالية:-

- الفشل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب .
- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو مرضية .
- مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لايستطيع معها اتخاذ قرار مناسب.
- ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة الاستجابة (سهام أبو عيطه).

أي أن علماء السلوكية قد انتهوا إلي أن الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية ما هي إلا عادات تعملها الانسان ليقلل من درجة قلقه وتوتراته ومن شدة الدافعية لديه ، وبالتالي كون ذلك ارتباطات عن طريق المنعكسات الشرطية ، ولكن هذا التكوين الأرتباطى الشرطي تم بصورة فرضية غير صحيحة ، فلو استطاع المعالج إطفاء هذا المنعكس الشرطي المرضي المكتسب ، ثم بناء عوضا عنه منعكس شرطي جديد وصحيح ، لتخلص المريض من اضطرابه الذي يعانيه ، ولهذا سمى هذا النوع من العلاج بالعلاج السلوكي نسبة إلي سلوك الانسان ، كما سمي بالعلاج الشرطي نسبة إلي أن الاضطرابات السلوكية هي عبارة عن استجابات شرطية متعلمة.

ويستند هذا النوع من العلاج علي **مبادئ هامة** أهمها : مبدأ التعزيز بشقيه الإيجابي والسلبي ، بمعني توفير المكافآت والجزاء الطيب ، وتحقيق السعادة والرضا والإشباع على الاستجابات المرغوب فيها أي الإيجابية ، وذلك ضمانا لميل الكائن العضوي إلي تكرارها وترسيخها في خبرته أي تعليمها ، وعلي العكس من ذلك استخدام مبدأ التعزيز السلبي ومؤداه فرض العقاب أو الشعور بالألم والأذى والحرمان كلما أتي الفرد بالسلوك غير المرغوب فيه ، ويكفل هذا العقاب ، حالة اقترانه أو ارتباطه بالسلوك السيئ ، عدم تكرار حدوث هذا السلوك أي انطفائه وكفه عن الظهور في المستقبل ومن ثم شفاء المريض وتخليصه من العادات المزعجة والشاذة .

مسلمات العلاج السلوكي: أوضح عبد الستار إبراهيم وآخرون أن العلاج السلوكي يتميز بخصائص فريدة منها:-

- لايبذل المعالج السلوكي مجهودا كبيرا في البحث عـن تفسـيرات لا شعورية للسلوك ، أو محاولة إرجاعه إلي صراعات طفلية مبكرة أو غرائز أو عوامل فسيولوجية ، بل ينظر إلي الاضطرابات علي أنـها سلوك شاذ أمكن اكتسابه بفعل أخطاء في عملية التعلم.
- أن عمليتي التشخيص والعلاج في طرق العلاج السـلوكي شـيئان ملتحمان ، إذ أن التشخيص لا يعدو عن كونه محاولة جاهدة لتحديـد التصرفات أو الأخطاء التي مر بها الفرد فجعلته يخـاف أو يقلـق ، وفى تشخيصه للمشكلة يهتم المعالج السلوكي برصد الاسـتجابات أو ردود الأفعال البيئية قبل ظهور السلوك المشكل وبعـد ظـهوره ، فالعالم السلوكي يبحث عن الشروط التي أحـاطت بعمليـة التعلـم المرضي ، وهي الأسباب التي إذا أمكن إزالتها تحقق العلاج.
- أن المعالج السلوكي لايرى وجوب إزالة ما وراء الأعـراض مـن أمراض أو صراعات داخلية مفترضة ، ويرى أن عـلاج العـرض هو علاج للمرض ، وأن العلاج الفعال هو الذي يمكننا من التخلـص من تلك الأعراض بنجاح.
- ينظر المعالجون السلوكيون بشدة شديد إلي المسلمات التقليديـة فـي العلاج النفسي ، والتي ترى أن الأعراض المرضية قـد تتحـول أو تستبدل بأعراض أخره إذا لم تعالج مـا وراءهـا مـن أمـراض ، فالموقف الذي يتبناه المعالج السلوكي بصدد هذه القضية أن عـلاج مشكلة كالخوف مثلا سيجعل الطفل قادرا علـى مواجهـة مشـكلته الراهنة ومن ثم ستتسع أمامه آفاق الصحة والنمو السليم (سيكتسـب ثقة بنفسه ، وستتغير أفكاره اللامنطقية عن طبيعة أعراضـه) كـل ذلك سيؤدي إلي تغيير شامل وإيجابي في شخصيته.

- من المسلمات النظرية أن العلاج السلوكي قد نشأ وتطور كمجموعة من القواعد الصالحة للممارسة الإكلينيكية ، والعلاج النفسي بفضل ظهور نظريات التعلم والتشريط ، ويتبنى في نظرته للسلوك المرضي نفس النظرة التي تتبناها نظرية التعلم عند التعامل مع السلوك ، ولهذا ينظر المعالج السلوكي للأمراض النفسية بصفتها استجابات أو عادات شاذة نكتسبها بفعل خبرات خاطئة يمكن أن نتعلم التوقف عنها ، أو أن نستبدلها بتعلم سلوك أفضل وأنسب ، فإذا كنا قد اكتسبنا السلوك المرضى بفعل خبرات شاذة ، فإننا يمكن أن نكتسب السلوك الصحي من خلال مبادئ التعلم نفسها التي أدت إلي اكتسابنا السلوك المرضي.

استخدام العلاج السلوكي وفاعليته:

لقد ثبتت فاعلية العلاج السلوكي في علاج بعض الاضطرابات وعلي وجه الخصوص علاج الفوبيات وعلاج القلق ، واللوازم القهرية والتبول اللاإرادي ، والشذوذ الجنسي ، وإدمان المخدرات والخمور ، والأذهنة ، والاضطرابات العقلية ، والتدخين ، وعليه فالعلاج السلوكي يصلح لعلاج جميع حالات العصاب ، وترجع فاعلية العلاج السلوكي في تحقيق العلاج إلي مايلي :-

- قدرة المعالج السلوكي علي الضبط والتحكم في وضع خطة العلاج.
- اعتماد المعالج علي تطبيق بعض المبادئ التجريبية الثابتة.
- بإمكان المعالج التحكم في كثافة وقوة المثيرات المقدمة للمريض.

العلاج السلوكي متعدد المحاور: لقد ظهرت موجة من التطور في العلاج السلوكي ، حيث ينظر المعالج السلوكي الحديث إلي

السلوك المضطرب من زوايا مختلفة ، فمثلا عند علاج طفل يعاني من السلوك العدواني ، نجد أن المعالج السلوكي قد يدربه علي استخدام أساليب بديلة وجديدة تمكنه من الحصول علي المزايا التي يريدها بطريق مشروع ، كما يمكن أن يعلمه طرق جديدة من التفكير وحل المشكلات ، ويمكن أن يساعده علي تغيير توقعاته القديمة أو القيم التي يتبناها نحو بعض الأهداف ، أو قد يخضعه لسلسلة من التدريبات الاجتماعية المكثفة حتى تتكون لديه مهارات اجتماعية تساعده فيما بعد علي حل مشكلاته بطريقة أكثر إيجابية.

ويرى العلاج السلوكي متعدد المحاور أن أي سلوك مرضي له محاور رئيسية هي:

١-الموقف أو الحوادث السابقة التي تثيره وتسهم في تشكيله ، وما تنطوي عليه هذه الحوادث أو المواقف من خبرات سيئة أو ألم أو إحباط أو تهديد .

٢-السلوك الظاهر أي الأفعال السلوكية التي يترجم الشخص من خلالها هذا الاضطراب كالتهتهة أو التبول اللاإرادي .... الخ .

٣-المكونات الانفعالية أو التغيرات العضوية الداخلية التي يحدثها هذا الاضطراب مثل زيادة ضربات القلب ، ازدياد في سرعة التنفس ، النشاط الهرموني .... الخ.

٤-الجوانب الفكرية أو المعتقدات الخاطئة التي يتبناها الشخص عن نفسه أو عن المواقف التي يمر بها ، وينطوي هذا الجانب علي ما ينتجه التفكير من مبالغات أو تطرف.

٥-ضعف المهارة في التفاعل الاجتماعي أو قصور المهارات الاجتماعية (عبد الستار إبراهيم وآخرون).

وعليه فالعلاج السلوكي متعدد المحاور يرتكز علي محاور خمسة تمثل في مجموعها النظريات الرئيسية للتعلم وهي:

١-**التعليم الشرطي** أي نظرية المنبه - الاستجابة التي تتخذ من نظرية بافلوف الدعامة الرئيسية بكل ما تتميز به من قواعد وقوانين ، فلكي يحدث التعلم الشرطي لابد أن يحدث اقتران بين حدوث المنبه الشرطي الأصلي ، وعندما يتعلم الاستجابة للمنبه الشرطي يحدث تعلم لكل المنبات المماثلة له . ونتعلم أن نستجيب لا لمنبه واحد شرطي فحسب ، بل يمكن أن نتعلم الاستجابة لسلسلة من المنبهات الشرطية. وما تعلمناه يمكن أن نتوقف عن تعلمه ومن ثم يقدم لنا بافلوف مبدأ انطفاء التعلم.

٢-**التعلم الفعال** : ويرى بافلوف أن التعلم يتم علي نحو آلي نتيجة للرابطة التي تتكون بين المنبهات الأصلية والمنبهات الشرطية ، لكن التعلم الفعال عند سكينر يقوم في مجمله علي قاعدة رئيسية مؤداها أن السلوك هو حصيلة ما يؤدي له من نتائج وآثار ، ويسمي سكينر نظريته هذه باسم التشريط الفعال للإشارة إلى تقوية جوانب معينة من السلوك تتوقف علي ما يتبع هذا السلوك من نتائج إيجابية كالتدعيم أو المكافأة أو سلبية كالعقاب ، وتتضمن نظرية التعلم الفعال مبادئ رئيسية ارتبطت بنمو العلاج السلوكي للطفل أهمها : التدعيم الإيجابي ، التدعيم السلبي ، العقاب ، الكف.

٣-**التعلم الاجتماعي** : تركز نظرية باندورا للتعلم الاجتماعي علي أن كثيرا من الجوانب المرضية من سلوك الأطفال (كالعدوان وغيره) تتكون بفعل القدوة ومشاهدة الآخرين وهم يقومون بها.

وأوضح باندورا أن عملية التعلم الاجتماعي عملية نشطة ، وتحتاج لشروط تضمن نجاحها منها: إعطاء تعليمات لفظية خلال ملاحظة النموذج ، ومنها الدوافع والاهتمامات الشخصية للطفل التي تدفعه لأن يتعلم بسرعة الأشياء التي تتفق مع هذه الحاجات ، وأيضا يساعد الأداء الفعلي للسلوك علي سرعة تعلمه خاصة ، وكذلك تزداد القدرة علي التعلم الاجتماعي من خلال بعض الشروط العقلية كارتفاع الذكاء وقدرة الشخص علي تنظيم ذاته وبيئته .

٤-**التعلم المعرفي:** تسلم نظريات التعلم المعرفي بأن الناس لا يتعلمون فقط من خلال القواعد التشريطية ، أو التعلم الاجتماعي ، بل وأيضا التفكير في المواقف ، ومن خلال إدراكنا وتفسيراتنا للحوادث التي نمر بها ، وهناك أربعة أبعاد معرفية رئيسية يجب الانتباه لها عند التعامل مع المشكلات النفسية بشكل عام هي :الكفاءة أو القصور المعرفي - مفهوم الذات - القيم والاتجاهات - التوقعات.

٥- **الموازرة الوجدانية(حركة التعليم الملطف)** : ويختلف التعلم الملطف عن المناهج السلوكية التقليدية ، في أنه يرفض استخدام العقاب تماما ، ويتجنب استخدام الأساليب التنفيذية في تعديل السلوك ، ويرفض عملية الضبط والتحكم كهدف من الأهداف العلاجية ، أنه يتبنى فلسفة ديمقراطية ، أي أن هذه العملية تتجه إلي تكوين صلات وجدانية قوية بالمريض ، وتتبنى وجهة نظر تربوية مشكلاته ، وتركز علي التبادل والأخذ والعطاء بين الطفل والمعالج خلال عملية العلاج ، وأخيرا يراعي في العلاج الملطف الجوانب الوجدانية ، ويجعل لها موقفا قويا في أي خطة علاجية بما في ذلك التركيز علي الحب والتقبل والتسامح والدفء واحترام المريض.

وتقوم فكرة العلاج الملطف علي فلسفة عامة فحواهـــا أن كـــل التفاعلات الإنسانية - ناجحة أو فاشلة - تعتمد أساسا علـــي اتجاهاتنـــا ومعتقداتنا وأحكامنا الأخلاقية المتبادلة ، فالاتجاه الذي يحمله كل منـــا نحو الآخر وما نحمله من أحكام أو آراء متبادلة من شـــأنها أن تحكـــم عملية التفاعل وتكتب لها إما النجاح أو الفشل.

كما أن العلاج بالتعلم الملطف يتبنى قيما لا تســـلطية ، أي أنـــه يراعي بدقة أنه لا يؤدي التفاعل الاجتماعي إلي خسارة مـــا للطفـــل ، ومن ثم يؤكد التعلم الملطف مساندة الطفل ، والصداقـــة ، والاعتمـــاد المتبادل بدلا من التركيز على الانصياع والطاعة والخضوع.

ويهدف هذا العلاج إلي مكون رابطة وجدانية قائمة علي مســـاندة المريض ، ومن ثم يهدف المعالج هنا إلي تطويــــر علاقـــة علاجيـــة بالطفل قبل الدخول في خطة العلاج ، ولهذا يبذل المعالج جهدا كبـــيرا في تطوير علاقة إيجابية بالطفل قائمة علي الدفء والتقبـــل والتبـــادل (عبد الستار إبراهيم ، وعبد العزيز الدخيل ، ورضوي إبراهيم).

فنيات العلاج السلوكي:

قسم حسام الدين عزب فنيات العلاج السلوكي إلي:

أولا: الفنيات القائمة علي أساس الترغيب :-

١-فنيات الكف بالنقيض :Reciprocal Inhibition Technique

أ- الاستجابات التوكيدية Assertive responses

ب- الاستجابات الجنسية Sixual sesponses

ج- الاستجابات الأسترخائية Relaxed

د- التحصين التدريجي Systematic

٢-فنيات تخفيف القلق Anxirty relief Techniques

٣-برامج اقتصاديات البونات Token Economies Programes

٤-فنيات التشكيل والتعلم البديلي

Shaping and Vicarious Learning Techniques

ثانيا: الفنيات القائمة علي أساس الترهيب:-

١-فنية التنفير وبديل التنفير.

Aversion and Aversion Relief Techniques

٢-فنية الممارسة السلبية والتشبيع

Negative Practice and Satiation Techniques

٣-فنية الانبعاث الضمني للحساسية

Covert Sensitzation Techniques

٤- فنية الغمر والتفجر الداخلي

Flooding and implosive Techniques

وهناك تصنيف أخر لفنيات العلاج السلوكي هي:

١-طريقة الكف بالنقيض أو الكف المتبادل أو التحصين المنهجي

Riciprocal Inhibition method

٢- طريقة الكفء الإيجابي

Positive Inhibition

٣-التدريب السلبي

Negative practice

٤-التعزيز الموجب

The positive Reinforcement method

٥-إغفال الاستجابة

The Omission of Response

٦-التكريه أو التقزز (التنفير)

The Aversion

وفيما يلي عرضا لبعض هذه الفنيات :-

أولا: طريقة التحصين المنهجي (الكف بالنقيض أو الكف المتبادل):

تعتبر هذه الطريقة أكثر الطرائق المعروفة التي أدخلها فوليه ، حيث يمر المريض بعدة خطوات :-

١-أن يقوم المعالج بالتشخيص للحالة .

٢-تكوين مدرجات القلق في مواقف العلامات المرهوبة التي تتراوح من أعظم المواقف توليدا للخوف ، التي يكون علي المريض أن يتعامل معها هابطة بالتدريج عبر العلامات الأقل توليدا للخوف.

٣-تكوين استجابات مضادة للقلق والانفعالات الحادة.

٤-التحصين المنظم وسير العملية العلاجية.

وهذه الطريقة التي ابتكرها فولبة في العلاج عبارة عن تطبيق لنظريات التعلم في الموقف العلاجي ، حيث استنتج انه يمكن التغلب علي عادة ما بتكون عادة مضادة ، وأنه يمكن استحداث الاستجابات الأفضل بعدة طرق: استجابات التوكيد ، استجابات الاسترخاء ، الاستجابات الجنسية ، استجابات التنفس ، الحركة الشرطية ، استجابات تخفيف القلق ، استجابات التجنب الشرطية ، إذا كان يعمل علي حضور هذه الاستجابات تحت ظروف مرتبة ترتيبا يؤدي إلي كف ظهور القلق العصابي عن طريق ظهور الاستجابة المضادة (العيسوى).

وعليه تكون الفكرة الرئيسية لهذا الأسلوب العلاجي حول إزالة الاستجابة المرضية (الخوف أو القلق) تدريجيا من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض للسلوك المرضي ، عند ظهور الموضوعات المرتبطة به.

ويتطلب هذا الأسلوب عدة شروط منها:-

١-أن نكون قادرين علي معرفة الاستجابات المعارضة للقلق ، التي إذا أحضرت عند ظهور الموقف المهدد زاحمت القلق أو الخوف المرتبط بهذا الموقف وأبعدته (قد يتم ذلك بتدريبهم علي الاسترخاء).

٢-تقسم المواقف أو الموضوعات المثيرة للاضطراب إلي مواقف فرعية صغيرة متدرجة بحسب الشدة ، بحيث نبدأها بأقلها إثارة للمخاوف.

٣-تعريض الطفل للمواقف المخيفة تدريجيا ، إما بطريق التخيل عندما يكون الخوف شديدا ، أو من خلال التعريض المباشر إذا كان ممكنا ، وبعد أن نتأكد من قدرة الطفل علي مواجهة مواقف الخوف بطريق التخيل أولا (عبد الستار وآخرون) .

هذا ويبدأ المعالج في هذه الطريقة بالتشخيص بهدف التعرف علي سلوكه المريض وتحليله والتعرف علي المثيرات المسببة للخوف أو القلق عند المريض ، والتعرف علي مخاوفه وأعراضه المرضية الأخرى.

وتتضح أهمية التشخيص في تحديد خطوات هامة للعلاج ، وتحديد نوع المثير الذي يقدم للمريض والمسبب للخوف دون حدوث أعراض للقلق والانفعال لديه ، مما يؤدي إلي ضعف الارتباط الشرطي بين مثير القلق أو الخوف وبين استجابة القلق أو الخوف ، مما ينتج عنه انطفاء الفعل المنعكس الشرطي (المرض) بين المثير المسبب للخوف والقلق ، وبين استجابة المرضية ، ومن ثم انطفاء للاستجابة المرضية ، بحيث لا تظهر المثير الشرطي واستبداله باستجابة انفعالية سوية.

أما عن مدرج القلق فيشترط فيه التدرج في تقديم المثير الشرطي بدرجات متفاوتة في الشدة حسب نظام معين لكل من المثير الأصلي والمثيرات الشرطية الأخرى المرتبطة به ، والتي تسبب الخوف والقلق بحيث تتدرج هذه المثيرات في زيادة شدتها حتى تصل إلي المثير الأصلي.

ويتطلب تحديد مدرج القلق الحصول علي معلومات وافية حول المريض من خلال تاريخ حالة المريض ، واستجابات المريض بالنسبة لاختبارات معينة ، ومن خلال استجابات المريض للاستجواب المكثف الذي يقوم به المعالج ، وجمع معلومات من أهله وذويه ، وأخيرا من خلال رأي المعالج وتحليله للموقف الذي أثار القلق والخوف.

وبتم بناء مدرج الهرم عن طريق حصر كل مثير أخر غير المثير الأصلي التي تسبب حالة الخوف أو القلق ثم ترتيبها (في شكل تنازلي حسب شدتها من الأقل في الشدة إلي الأكثر حتى نصل إلي المثير الأصلي) بشرط الانتقال من المثيرات القائمة علي التصورات إلي المثيرات الواقعية أو العيانية ، وعليه فان مدرج القلق يمر بمراحل : القصص الشفوية ، ثم الصور ، ثم المجسمات والألعاب ، ثم المثير الأصلي.

ويمكن إيجاز ما سبق في أن التحصين التدريجي يمر في خطوات هي:

- التشخيص.
- معرفة الاستجابات المتناقضة - لاستجابات القلق لدي العميل.
- التدريب السلبي.

وقد حدد فولبة أنواع من الاستجابات المتناقضة أو المضادة لاستجابة القلق هي: الاسترخاء ، التدريب التوكيدي ، الاستجابات الجنسية وأضاف الاستجابات الحركية (Volpe, T).

أ- **استجابة الاسترخاء** : عبارة عن مجموعة من الأساليب التي وضعها جاكبسون ، وهو نظام من التمارين بحيث يصبح المريض قادرا علي التمييز بين حالة التوتر العضلي والاسترخاء والعضلي بوضوح ، بهدف إزالة الحساسية المطلوبة في المواقف الانفعالية ، وتؤدي إلي تكوين دافع لدي العميل للقيام بالاستجابات المطلوبة.

ب- **استجابة التدريب التوكيدي:** هي عملية تهدف إلي تدريب المريض علي الجرأة وتحسينه وتقويه الذات لديه فيما يختص بالعلاقات الاجتماعية الشخصية ، بهدف تمكن الفرد من الدفاع عن حقوقه والتعبير عن شعوره والتغلب علي خوفه الاجتماعي.

ويتم التدريب علي الجرأة الاجتماعية وتأكيد الذات عن طريق تمثيل الأدوار أو تبادل الأدوار مع المعالج. وقد أشار جوزيف فولبة إلي أن عملية التأكيد هذه تؤدي إلي إزالة مواقف القلق الشديدة وفي نفس الوقت تأكيد الذات الذي يأخذ شكل مكافأة (هارولد بيتش) .

ج- **الاستجابات الجنسية** : يوضح فولبة أنه عندما ترتبط استجابات العصابي بمواقف جنسية فإنه يطلب من المريض أن يقصر نشاطه علي مواقف أو أشخاص تكون لديه مشاعر سارة نحوهم ، عندئذ معاملة الطرف الأخر بأسلوب مضاد كالصبر والتشجيع وقد صرح فولبة وروثمان بفعالية التحصين المنظم في علاج الحالات الكثيرة

التي تعاني من الصعوبات الجنسية التي تؤدي إلي إثارة الاستجابة المضادة.

ثانيا: طريقة الكف الإيجابي: يفيد هذا النوع في علاج التبول اللاإرادي ، يهدف هذا النوع من العلاج إلي تكوين ارتباط بين مثير مثل (ملئ المثانة وتوترها) واستجابة (اليقظة مع ملئ المثانة) حتى يمكن بعد التدريب أن يستيقظ الطفل عند حدوث الإحساس بمليء (المثانة) وقبل حدوث التفريغ ، وبالضبط أيقاظ الطفل قبل العتبة التي يحدث عندها تفريغ المثانة للبول ، وتسمي هذه الطريقة طريقة مور (البطانية والجرس) وتشمل نوم المريض علي فراش خاص يتصل بسلك كهربائي ، ويعمل البول علي توصيل الدائرة الكهربائية فوق جرس معين فيستيقظ المريض أثناء التبول اللاإرادي ، ويفيد هذا النوع من العلاج المصاب باضطراب يرجع لأسباب نفسية ويهدف إلي تكوين فعل منعكس شرطي عنه (تحدد المثانة) يعقبه تنبه المخ. فينتج عنه استجابة الاستيقاظ.

وقد لوحظ أن نسبة الشفاء التي تم الحصول عليها باستخدام العقاقير ليست أعلي من نسبة الشفاء بهذه الطريقة ولوحظ تحسن أسرع وشفاء أسرع في هذه الطريقة.

ثالثا: العلاج عن طريق الممارسة السلبية (التدريب السلبي): يستخدم هذا النوع من العلاج في علاج الحركات اللاإرادية Tics أو الكوازم وتعتمد هذه الطريقة علي فكرة الكف الشرطي للاستجابة غير المرغوب فيها أو للعادة السيئة المراد التخلص منها بتكرار ظهورها عدة مرات متتالية دون تعزيز أو تدعيم لها مما يبعث علي الملل والتعب والإجهاد ومن ثم الإقلاع عن ممارستها وتكرارها وعليه فان

أي سلوك قهري أو لازمة أو عادة سيئة يطلب من المريض تكرارها مرات كثيرة متتالية مما يبعث عنه حالة من التعب والضيق وعدم الراحة بعد أن كان يعقبه شعورا بالراحة ومن ثم يضطر إلي الاقتلاع عن ممارسة تلك الاستجابة .

رابعا: طريقة التعزيز الإيجابي: في هذه الطريقة يتم تعزيز أو تدعيم السلوك الموجب مما يؤدي إلي استمراره.

مثال : شخص برفض الكلام ، نعرضه لمشكلة معينة تحتاج منه الحديث فعندما يتحدث بصوت مرتفع تثاب علي حديثه ويعزز مما يؤدي به إلي استمرار الحديث.

ويستخدم هذا الأسلوب العلاجي في علاج حالات: فقدان الشهية العصبي ، وحالات فقدان الصوت ، والانطواء ، والجمل ، والمشكلات الاجتماعية.

خامسا:- طريقة إغفال الاستجابة: أو انطفائها لعدم استمرار التفريز ويتم ذلك بإهمال العناية بالاستجابة غير المرغوب فيها وعدم تفريزها. مثل الطفل الذي يشكو من آلام بطنه من أجل جذب الآخرين من حوله ، وعدم تكرار هذه الاستجابة عدة مرات في وجود الآخرين لايجد من يرحب بها أو يفرزها أي أنه الشكوى تقابل بالفتور والإغفال والإهمال مما يؤدي إلي انطفائها والانصراف عنها وعدم ممارستها.

سادسا: طريقة التنفير أو العلاج بالتكريه: تفيد هذه الطريقة في علاج حالات الإدمان والتدخين ، وحالات الشهوة الجنسية بتكوين ارتباطات جديدة بين تناول المشروبات الكحولية حيث الشعور بالغثيان بعد أن كان يشعر بالسرور والراحة ، ويتحقق ذلك باستخدام العقاقير التي تسبب القيء أو الهياج العصبي أو جفاف الفم أو الشعور بالمرارة

أو ضيق التنفس من الاحساسات غير السارة ، وهذه الطريقة توضـــح استخدام العقاب في علاج الاضطرابات النفسية بدلا مـــن الثـــواب أي استخدام العقاب والهروب والتجنب التي تؤدي إلي كف الاستجابة غـير المرغوب فيها (هارون لدبيتش).

٣- العلاج المعرفي السلوكي

Cognitive – Behaviour Therapy

يعد العلاج السلوكي المعرفي شكلا حديثا نسبيا من أشكال العلاج النفسي ، ونشأ هذا النوع من العلاج بعد أن رأت فئة كبيرة من المعالجين السلوكيين عدم الاقتصار علي ربط العلاج السلوكي بنظريات التعلم وحدها ، بل وأن تمتد للجوانب الأخرى من التقدم العلمي عن نظريات الشخصية والنظريات الانفعالية والاجتماعية في علم النفس ، ومن هنا كان هناك علاج متعدد المحاور ليشمل:-

أ- الأساليب السلوكية القائمة علي نظريات التعلم عند بافلوف وسكيز بشكل خاص.

ب- أساليب العلاج الذهني أو المعرفي والتي تركز علي تعديل الأساليب الخاطئة من التفكير والتدريب علي حل المشكلات.

جـ- الأساليب الاجتماعية بما فيها تدريب المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي الجيد خلال ملاحظة النماذج السلوكية والقدوة (عبد الستار إبراهيم) ولهذا فقد ظهر العلاج المعرفي السلوكي الذي يعد أحد التيارات العلاجية الحديثة ، والذي يعد من أكثر الأساليب العلاجية المستخدمة في السنوات الأخيرة ، والذي يهتم بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية ، ويهدف إلي تعديل إدراكات العميل المشوهة ويعمل علي أن يحل محلها طرقا أكثر ملاءمة للتفكير وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدي العميل.

وقد شهد العلاج السلوكي المعرفي تطورا سريعا فيما بعد السبعينات ، حيث كان العلاج السلوكي من قبل يعتمد علي العلاقة بين

المدخلات والمخرجات (المثيرات والاستجابات) ، واعتمد السلوكيون في العلاج علي نظريات التعلم ، ثم أوضح باندورا من خلال التعلم بالملاحظة أنه الجانب المعرفي يلعب دورا هاما في التعلم ، وقدم كارمن وكارولي نموذجا علاجيا للضبط الذاتي يقوم علي مراقبة الذات والتقييم الذاتي والتعزيز الذاتي ، ثم أضاف هربرت ميتشنبوم نظريته في التعديل المعرفي السلوكي التي اعتمد في بنائها علي مزج بعض المفاهيم السلوكية مع بعض المفاهيم المعرفية والتي أدت بها لأن تكون أوسع وأشمل من النظرية المعرفية ، وتبني نظرية التعديل المعرفي السلوكي علي أسس هامة منها: فهم وظائف الحوار الداخلي ، والتعليمات الشخصية المتبادلة ، والملاحظة الذاتية ، والتدريب علي حل المشكلات ، وضبط الذات ، وتعلم مهارات المواجهة والتأقلم وإحداث التغير في السلوك والمعرفة ، والجهد الذاتي لحدوث الاستبصار ، والتدريب علي أنماط سلوكية مبنية علي معارف عقلانية تفيد العميل في تحقيق التأقلم (باترسون. مترجم) ، ويضاف لذلك لعب الأدوار والنمذجة ، ثم ظهرت تكنيكيات جديدة مثل رؤية أو تصوير الأفكار السلبية من جانب المريض وذلك بطريقة منظمة ، ومساعدته في التعرف علي العلاقات القائمة بين المواقف والأفكار والمشاعر ، وأن يحاول من خلال المناقشة مع المعالج البحث عن بدائل لتلك الأفكار ، والتعرف علي الأفكار المشوهة ، وفحص مدي صحة التعميمات المطلقة الموجودة لديه ، وتقييم احتمالات النتائج ، وساهمت بقدر كبير في تحقيق ونجاح وفاعلية العلاج المعرفي السلوكي. ومن أبرز النماذج العلاجية في هذا الاتجاه العلاجي نموذج أرون بيك Beck ويوضح أنه في الوقت الذي يركز فيه علي معارف ومعتقدات

الفرد في الهنا - والآن كسبب في اضطراب الشخصية ، فإنه يستعين أيضا ببعض الفنيات السلوكية لتعلم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل (صلاح عراقي) ، ويرى بيك أن الشخصية تتكون من أبنية معرفية تشتمل على المعلومات والمعتقدات والمفاهيم والافتراضات والصيغ الأساسية لدي الفرد ، والتي يكتسبها خلال مراحل النمو ، ويسلم بأن الأمزجة النفسية والمشاعر السالبة تكون نتاجا لمعارف محرفة ولاعقلانية ، فالمريض يستحدث رأيا عن نفسه وعن العالم وعن الماضي والحاضر والمستقبل ، ويكون عقله مغمورا بمعارف سالبة ومقدمات خاطئة ، وينزع إلي الخبرات الخيالية المشوهة ، ويبرز الانحراف الحاد في البناء المعرفي في حالة الاضطرابات النفسية ، كما يري بيك أن الأبنية المعرفية تميز الاضطرابات الانفعالية وتؤثر علي إدراكات الفرد وتفسيراته للأشياء ، ومن المحتمل أن يتم تشويه تلك الخبرات حتى تتناسب مع هذه الأبنية (حسن عبد المعطي).

ويري بيك Beck أن العلاج المعرفي السلوكي يركز علي كيفية أدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة ، ويستند علي نموذج التشغيل المعرفي للمعلومات (العمليات العقلية) الذي يري أنه خلال فترات التوتر النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر جمودا وأكثر تشويها ، وتصبح أحكامه مطلقة ، ويسيطر عليها التعميم الزائد ، كما تصبح المعتقدات الأساسية للفرد حول نفسه والعالم من حوله محددة بدرجة كبيرة ، ويمثل العلاج المعرفي السلوكي في هذه الإطار شكلا من أشكال العلاج يتسم بالفاعلية والتنظيم ، كما يتحدد بوقت معين ، وهي عملية تتسم بالتعاون بين المعالج والمريض من أجل

دراسة معتقدات المريض المرتبطة بسوء التكيف والتوافق ، ونماذج تخيلاته وتفكيره وفحصها والتوصل إلي الاستجابات البديلة الأكثر فاعلية.

مما سبق يتضح أن العلاج المعرفي السلوكي يعتمد علي العمليات المعرفية وتأثيراتها اللغوية علي الانفعالات والسلوك معا ، وأن الاضطرابات النفسية إنما تنبع من اضطراب حالات التفكير (Michael) . وقد وضع بيك الملامح الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي الذي يرتكز علي تأثير الأفكار في الانفعالات والسلوكيات ، ويهدف إلي إقناع العميل بأن معتقداته غير منطقية وأن توقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية إنما هي أرجاع لسوء التكيف الذي يعيشه العميل ، ويهدف العلاج إلي تعديل الإدراك المشوه لدي العميل وإبداله بطرق أخري للتفكير تكون أكثر ملاءمة ، مما يؤدي إلي إحداث تغيرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدي العميل ، كما يهدف إلي المساعدة علي نمو وتطور مهارات التحكم الذاتي ، ويعكس استراتيجية حل المشكلات (Grow, R.J) .

وللعلاج المعرفي السلوكي أساليب متعددة أهمها التحكم الذاتي Self control والتدريب علي مهارات حل المشكلات Problem Solving Skills ، والتعبير اللفظي عن الذات - Self Verbalization ، وفنيات إعادة البناء المعرفي Restructing - Cognitive (Spence's) .

تعريف العلاج المعرفي السلوكي:-

- هو أحد أنواع العلاج السلوكي يتم من خلاله تحديد وتقييم وتتابع السلوك ، ويركز علي تطور وتكيف السلوك ، وأيضا نتيجة

السلوك غير التكيفى من خلال هذا المدخل العلاجي ، ويتم تعديل العديد من المشكلات الكلينيكية مثل القلق والاكتئاب والعدوان وغيرها من الاضطرابات ، ويستخدم في تعديل سلوك كل الأشخاص ويشمل ذلك الأطفال والمراهقين والكبار.

- هو استراتيجية تصلح لتعديل سلوك الفرد الذي يحمل مشكلات ، ويؤكد علي تحليل الفرد والتحكم فيه.

مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:-

- يركز هذا النوع من العلاج علي التغير المعرفي الذي يجعل الفرد نشطا ، مما يؤدي إلي نجاح العلاج.
- التركيز علي فهم الفرد للجانب من الشخصية المراد تعديله.
- التأكيد علي العلاج الذاتي الذي يعتمد علي قدرة الفرد علي رؤية وتنظيم وتقرير السلوك المكتسب.
- التركيز علي التفاعل مع بيئة الفرد.

فنيات العلاج المعرفي السلوكي:-

تنقسم الفنيات إلي أقسام ثلاث:-

١- فنيات معرفية مثل :- التعليم النفسي Psychoeducation ، والمناقشة والتعرف علي الأفكار اللاعقلانية وتعديلها ، وإعادة البنية المعرفية ، والعلاج الموجه بالاستبصار ، والمقابلة الإكلينيكية ، والمراقبة الذاتية ، والتحكم الذاتي ، والتدريب علي حل المشكلات Problem Solving Skills training ، والتعبير عن الذات بطريقة لفظية Self Verbalization ، وفنيات البناء المعرفي Cognitive – Restructuering ... الخ

٢- فنيات انفعالية مثل: النمذجة ، لعب الدور - الحوار - المناقشة - الوعظ العاطفي ... إلخ.

٣- فنيات سلوكية: الاسترخاء ، القصص ، الواجبات المنزلية ، التمثيل ، الأشراط الإجرائي كالتعزيز والعقاب ، أشراط التخفيف من القلق ، التحصين التدريجي ، التعريض ومنع الاستجابة ... إلخ.

فيما يلي عرضا لبعض الفنيات الهامة:-

١- **التحكم الذاتي: Self control** : وهو الإقرار بأنشطة إيجابية وتحديد أهداف طويلة المدى ، ثم العمل علي أخذ خطوات تجاه هذه الأهداف من أجل تحقيقها ، ويتضمن مجموعة عمليات يمكن للفرد من خلالها أن يغير أو يعدل من ظهور الاستجابة في وجود أو غياب التدعيم الخارجي للاستجابات ، حيث يتم من خلال ثلاث عمليات هي (مجدي حبيب):-

أ- مراقبة (رؤية) الذات Self – Monitoring: وهي تتطلب من الفرد إجراء ملاحظات لسلوكياته ، والمواقف التي تظهر فيها ، والأسباب التي تؤدي إليها ، وكذلك ملاحظة النتائج المترتبة علي سلوكه وملاحظة الأحداث الخارجية التي تأخذ صورة تقبل ذاتي.

ب- تقييم الذات Self – Evaluation : ويتم من خلال مقارنة الفرد لأوجه أدائه في مواقف معينة بالمعايير أو المحكات الداخلية أو المستوي السائد للسلوك.

جـ- تدعيم الذات Self – Reinforcement: أي تنظيم المكافآت والعقاب التي يقدمها الفرد لنفسه سواء بصورة ظاهرة أو ضمنية.

٢- التدريب علي أسلوب حل المشكلات

Problem – Solving Skills Training

أي إعداد برامج لتدريب المرضي علي حل المشكلات ، بهدف تحديد المشكلة ، وتحديد نوعية الاستجابات البديلة ، وتوقع النتائج المختلفة لكل بديل ، ثم اختبار الاستجابة الأكثر احتمالا.

٣- التعبير عن الذات بطريقة لفظية Self – Verbalization : حيث يتم من خلالها التركيز بشكل مباشر علي الأفكار الخاطئة التي يحدث بها الفرد نفسه ، ويتم تعليم العميل أن يتوقف عن أحاديثه الذاتية غير الملائمة وتعليمه في الوقت ذاته عبارات إيجابية.

٤- **إعادة البناء المعرفي Thought – Cotshing** : حيث يسجل المريض أفكاره السلبية مما يساعد علي قدرته علي اختبار الواقع ، وتهدف إلي جعل العميل قادرا علي مراقبة أفكاره وأحاديثه الذاتية بصورة صحيحة عندما يشعر باضطراب نفسي (كالاكتئاب) ومن نماذج تسجيل الاستجابة استمارة بك وآخر.

ب- اختبار الواقع بإيجاد استجابات بديلة للتفكير السلبي: وإذا تمكن العميل من إجراء التسجيل للأفكار البديلة ، فإن ذلك يساعد في أن يباعد بينه وبين أخطاء تفكيره ، ومن ثم تمهله في الوقوع في مثل هذه الأخطاء مرة أخري.

جـ- العلاج البديلي Alternative Therapy : حيث يشجع العميل علي إفراز أكبر قدر ممكن من الحلول ، وإمكانية تطبيق أو دعم هذا الأسلوب من التفكير ، عندما يتعرض لمشكلات أخري (عبد الستار إبراهيم).

٥- **التدريب المعرفي Cognitive – Rehearsal** : إذا توقف طريق عن أداء أنشطة كان يقوم بها فإنه يواجه صعوبة في عمل المهام بنجاح ، دون وعي منه بمصدر الصعوبة ، والتدريب المعرفي يغطيه إجابات علي نوع الصعوبة ومصدرها ، ويساعده في اكتشاف العوائق التي تواجهه عن طريق تخيل المريض إتمام المهمة بنجاح وشعوره بإنجاز بعض الأشياء.

٦- التدريب علي إعادة العزو Reattribution Training: حيث يقوم العميل بإرجاع تأثير الأحداث إلي نفسه ، وإلي الظروف المحيطة به ، أي إعادة تشكيل الإدراك الشخصي لأسباب حدث ما ، بهدف تدريب العميل علي رؤية نتائج عزوه علي سلوكه ، وكيف حدث تقدم في سلوكه (Williams).

٧- **جدول الأنشطة السارة** Pleasant Event Schedul (PES) : حيث تستخدم هذه الجداول في علاج تشخيص الاكتئاب وغيرها من الاضطرابات النفسية ، فهي تقوم بدورها في قياس النقص قي ممارسة النشاط ، كما أنها تستخدم كعنصر هام في تقدير المرض ذاته ، وذلك عن طريق إقرار الفرد بنفسه لمدي ممارسته اليومية للأنشطة وقدرته علي تسجيلها.

٨- **النمذجة Modeling :**

يعتبر التعلم بالنمذجة من أهم الأساليب الإرشادية والعلاجية التي تعمل علي تدريب الطفل علي العديد من المهارات الاجتماعية ، والتي من الممكن أن يكتسب الطفل السلوك من خلال التعلم الاجتماعي ، ومن خلال التعرف علي النماذج السوية والاقتداء بها أي ما يسمي التعلم بالقدوة ، حيث يعرض علي الأطفال النماذج المرغوب تعلمها

في سلوكهم من خلال قصص يعرضها المعالج علي الأطفال ، مع الشرح والتعليق علي القصة ، ويتم ذلك في حوار بين المعالج والأطفال (في حضور المعلمة أو الأم أو الاثنين معا). والنموذج المطلوب هو بطل القصة الذي دائما يلقي الإثابة علي سلوكه ويتصف هذا السلوك دائما بالإيجابية في الموقف الاجتماعية ، وأن يكون شخص غير عدواني ، غير مندفع ، جيد في تركيز انتباهه ، مطيع ، وفي نفس المرحلة العمرية للعينة الحالية ، ويهتم المعالج الباحثة بالتركيز علي إثابة بطل القصة دائما حتى تدعم سلوكه ويعززه عند باقي الأطفال. ثم يطلب من الطفل أن يقلد هذا السلوك فورا ، وتصلح هذه الفنية للتعلم الفردي والجماعي ، وتعتمد هذه الفنية علي نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory لصاحبها ألبرت باندورا ، والذي أولي اهتماما خاصا للتعلم عن طريق النمذجة ، ويري أنه لابد من وجود أربع عمليات أساسية متسلسلة لحدوث التعلم بالمنذجة تتمثل في:-

أ- عمليات الانتباه Attentional Processes:

حيث يوصي بضرورة الانتباه للنموذج السلوكي لكي يتم التعلم بالملاحظة ، ولابد للنموذج أن يكون مؤثرا علي القائم بالملاحظة حتى ينتبه للسلوك المراد تعلمه ، وبالتالي يتوفر قدر من درجة إدخال المثيرات النموذجية كي يحدث التعلم.

ب- عملية الاحتفاظ Retention Processes:

أن يتوفر لدي الفرد القدرة علي الحفظ ، حيث أن الفرد لا يتأثر بسلوك النموذج المشاهد إلا إذا تذكر السلوك المراد تعلمه.

جـ- عمليات الأداء الحركي

:Motor Reproduction Processes

أن الملاحظة بمفردها لا تؤدي إلي تعلم المهارات ، كما أن المحاولات والأخطاء لا تساعد وحدها في تعلم العمليات الحركية ، ولكن لابد من عملية الممارسة ، ثم التغذية المرتدة لهذا الأداء الممارس ، والذي يفيد في علاج القصور في بعض جوانب السلوك المتعلم ، وتتكرر الممارسة حتى يتم التعلم ، وهذا ما يسمي بلعب الدور ، والتغذية المرتدة.

د- عمليات الدافعية Motivational Processes :

حيث توافر العوامل الباعثة لأداء الاستجابة المتعلمة ، حيث أنه من المحتمل أن تنطفئ الاستجابات المتعلمة عن طريق الملاحظة إذا لم يتم تدعيمها أو إذا تم عقابها ، (باندورا في: أحمد متولي ١٩٩٣ م) وقد أشار عبد الستار إبراهيم علي أهمية الاقتداء ومحاكاة النماذج في تعديل بعض جوانب القصور في السلوك الاجتماعي كالتعبيرات الحركية ومهارات الحديث ومهارات الحركة (عبد الستار إبراهيم).

٩- المناقشة وتبادل الحوار Dissicusion :

حيث سعى المعالج إلي الحوار المتبادل بينه وبين الأطفال (بمشاركة المعلمة أو الأم) وذلك بعد الانتهاء من سرد القصة.

وقد أكد العديد من الباحثين علي فعالية المناقشة في الموقف التعليمي ، وما لها من أثار ايجابية تتمثل في:- إثارة اهتمام التلاميذ نحو المتحدث ، تركيز الانتباه وعدم تشتته ، فهم أعمق لمحتوي الدرس وتنظيم المعلومات ، اكتساب العديد من المهارات والمفاهيم ،

تنمية مهارات التفكير والابتكار لدي التلاميذ ، تثبيت المعلومات ، كسر حدة الملل ، وشرود الذهن لدي التلاميذ ، التوجيه الصحيح للقيام بنشاط معين من قبل التلميذ (هالة بخش ، عايش زيتون). ويسعى المعالج إلي استخدام الحوار والمناقشة طوال الجلسات ، لما لها من أهمية في التواصل اللفظي والاجتماعي والانفعالي بينه وبين الأطفال ، وبين الأطفال ، وبعضهم البعض ، وبين الأطفال وأمهاتهم ومعلماتهم ، مع التوصية المستمرة علي مواصلة هذا التواصل من كل الأطراف خارج الجلسات سواء بالمنزل أو المدرسة أو بين الأطفال وبعضهم ، حيث يري أن أسلوب المناقشة والحوار يجذب حواس الطفل نحو موضوع الحوار ، ويحقق شيء من الإيجابية والتفاعل بين أفراد المجموعة ، ويقلل فرص النسيان عندما يظهر منه سلوك غير صحيح ، ويستخدم المعالج من خلال الحوار أسلوب التعزيز اللفظي المستمر ، الذي يدعم السلوك الإيجابي الصادر من الطفل ، ويبعث جوا من الحيوية والنشاط التعاوني والتنافس البناء ، وينمي لدي الطفل الطرق الصحيحة للمناقشة والإنصات للمتحدث واحترام رأي الغير ، واتباع التعليمات الشفهية التي توجه إليه أثناء التدريب علي بعض المهارات. وقد أشار عبد المنعم الحفني (١٩٩٤) أن الأطفال يركزون علي الأحداث التي تثير خيالهم ، وقد يتوقف العرض (سواء عرض القصة أو العرض علي مسرح العرائس) في اللحظات الحاسمة ، ويسأل المعالج الأطفال عما ينبغي أن يفعله أشخاص القصة ، وأن يعيدوا سرد القصة بأسلوبهم وكلماتهم ، ومن الممكن مناقشة الطفل في دور المراهقة ، وأن يمارس المعالج التداعي الحر كاملا ، وباستمرار مناقشته لأخطائه وسلوكه ومساعدته

علي فهمها ، ويساعد الطفل علي أن يتصرف في مواقف الحياة المتشابهة.

٣- التمثيل (لعب الأدوار) Role Play:

مما لاشك فيه أن التمثيل يكشف عن قدرات التلاميذ وتنميتها ، وينمي العمل الجماعي بين التلاميذ ، وينمي اتجاهات اجتماعية مرغوب فيها ، ويساعد علي التوعية والتوجيه وتحسين الحياة في البيئة بين التلاميذ ، كما ينمي ميول التلاميذ لاستخدام وقت الفراغ المثمر. ولهذا يسعى المعالج إلي استخدام هذا الأسلوب كأحد الفنيات المتضمنة في البرنامج العلاجي ، علاوة علي أنه يتيح الفرصة للتنفيس الانفعالي وتفريغ الشحنات والرغبات العدوانية المكبوتة وغير ذلك ، ويتم من خلال تمثيل سلوك أو موقف اجتماعي معين كما لو أنه يحدث بالفعل ، علي أن يقوم المعالج بدور الطرف الآخر في التفاعل ، ويتكرر لعب الدور حتى يتم تعلم السلوك المرغوب ، مسترشدا بالتعليمات التي يقدمها له المعالج بالقصة التي سبق أن عرضها المعالج ، وبالحوار والمناقشة الجماعية حول بطل القصة. وإذا عجز الطفل عن لعب الدور يمكن أن يقوم المعالج بلعب الدور هو بنفسه (لعب الدور المعكوس) ، أي يقوم المعالج بدور النموذج ، بمعني أن يؤدي هو الاستجابة الصحيحة أمام العميل لكي يلاحظه العميل ، ويعرف كيفية الأداء السليم عن طريق الملاحظة ، هذا ويفيد لعب الأدوار في مواجهة الشحنات الأسرية وبعض القصور في السلوك الاجتماعي.

١١-الاسترخاء العضلي Musculer Relaxation : صاحب هذه الفنية هو جاكبسون Jacobson وهي عبارة عن مجموعة من التمارين

أو نظام معين من التمارين ، بحيث يصبح المريض قادرا على التميـــيز بين حالتي التوتر العضلي والاسترخاء العضلي بوضوح ، ثم تدريجيـــا يتدرب المريض على الوصول إلي حالة من الضبط والسيطرة الشديدتين على عضلاته.

وتقوم هذه الفنية على وجود علاقة قوية بين درجة التوتر العضلي وبيـن إدراك الفرد لأية حالة وجدانية عاطفية ، إذا زال التوتر العضلـــي فـإن الفرد لم يعد يحتمل معاناة الشعور الوجداني السابق ، وبذلـــك نجـد أن حالة التوتر النفسي التي يتعرض لها الإنسان فـــي مواقـف الانفعـالات تصاحبها حالة من التوتر العضلي ، حتى يستطيع الإنســان أن يحتمـل الموقف الانفعالي ، وعند قيامه بتدريبات الاسترخاء ، فإنه يعمل علـــى خفض حالة التوتر العضلي الذي يؤدي إلي خفض حالة التوتر النفســي ، وبذلك تقوم تدريبات الاسترخاء على ضبط حالة التوتر النفسي من خلال ضبط حالة التوتر الجسمي. (محمد خير الزراد). وقد أثبتت العديد مـــن الدراسات أنها من أكثر الفنيات العلاجية الهامة التي تؤدى إلـــي نتـائج مفيدة في مجال العلاج مع ضرورة الاستمرار والتتـابع فـي العلميـات الأسترخائية المستخدمة. قد أشارت العديد من الدراسات إلي فعالية هـذه الفنية في خفض سلوك فرط النشاط لدى الأطفال ، والوصول بهم إلـــي حالة من الاستقرار والاتزان الســلوكي الظـاهر ، وأيضـا الاخـتزال الكيميائي الحيوي داخل الجسم (Walden, E.L.el al, عبـد السـتار إبراهيم).

١٢- التعزيز (التدعيم) Reinforcement : عندما يصـــدر عــن الفرد سلوك سار أو مرغوب فيه ونرغب في استمرار ممارســة هذا السلوك ، فإننا نسعى إلي تعزيز وتدعيم وتشجيع هذا الســلوك

(تعزيز إيجابي) ، وعندما نسعى إلي إبعاد أو إيقاف سلوك غير سار أو غير مرغوب فيه ، فإننا نسعى إلي عدم تعزيز هذا السلوك أو إلي عقابه (تعزيز سلبي) حتى يتم التوقف عن ممارسة السلوك غير السار.

وهناك ثلاثة أنواع من المعززات هي:

١- معززات مادية ملموسة تكون قيمتها مرتبطة بإرضاء حاجة حيوية ، ويصلح هذا النوع من المعززات بشكل أفضل مع الأطفال (الحلوى ، الطعام ، اللعب ، .... الخ).

٢- معززات اجتماعية وتنقسم إلي :-

أ- تقديم الانتباه والاهتمام من خلال سلوك يوجه للطفل مثل الابتسامة والإيماءة والنظر إلي الطفل.

ب- الحب والود الذي يظهر من خلال تقبل الطفل وحمله.

جـ- الاستحسان باستخدام الألفاظ والحركات الدالة كالكلمات والتقبيل.

د- تنفيذ رغبات الطفل والامتثال لبعض طلباته.

٣-معززات نشاطية تشمل الأنشطة المحببة إلي الطفل مثل مشاهدة التليفزيون ، والخروج للنزهة ، ولعب الكرة ، ولعب الأتاري. (Kazdin, AE)

١٣- الواجبات المنزلية Home work : تتمثل في تحديد مجموعة من السلوكيات والمهارات التي يتعين أدائها من قبل المريض سواء في المنزل أو المدرسة ، ويتم تحديدها في نهاية كل جلسة ، كما يتم تقييمها مع بداية الجلسة التالية ، على أن يتم التدريب عليها في بداية جلسات العلاج ، وأن تتم بصورة تدريجية من الأسهل البسيط إلي السلوك المركب ، على أنه لا

يتم الانتقال من نمط سلوكي معين إلي الآخر حتى يتم التأكد من نجاح تنفيذ السلوك السابق ، ولابد من اختيار نوع الواجبات المنزلية بما يتناسب مع هدف العلاج ، كما أنه يتحدد نوع الواجب المدرسي أو المنزلي في نهاية كل جلسة.

وقد ثبتت كفاءة هذه الفنية في خفض فرط النشاط لدى الأطفال لما للدور الفعال للمنزل وكذلك للمدرسة في العلاج ، حيث الجو المدعم بالألفة والمحبة ، مع ضرورة استخدام المدعمات والمعززات المادية والمعنوية .(Walden. E.L. el al)

الفصـــل الرابـــع

تابـــع طـــرق العـــلاج النـفـــسي

٤-العلاج العقلاني الانفعالي

٥- العلاج النفسي المتمركز حول العميل .

٦- العلاج الجشطلتي .

٧- العلاج بالمعنى .

٨- العلاج النفسي الجماعي .

٤- العلاج العقلاني الانفعالي

Rational Emotive Psychotherapy

يعتبر العلاج العقلاني الانفعالي أحد فنيات إعادة البناء المعرفي Cognitive Restructuring ويرتبط بناء النظرية المعرفية بالتطورات الحادثة في علم النفس الاجتماعي ، وعلم النفس المعرفي ، ونظرية تشغيل المعلومات ، وقد جاء العلاج المعرفي بمثابة رد فعل للعلاج السلوكي التقليدى كونه لا يعطي اهتماما كافيا للعمليات المعرفية ، حيث أن العلاج السلوكي يهتم بالسلوك الظاهر والعلاج الطبي العصبي التقليدي ، بينما العلاج المعرفي مبني علي فكرة عقلانية تعني أن مايفكر فيه الفرد أو ما يقوله لنفسه عن اتجاهاته ومثله هام جدا .

ويشير العلاج المعرفي إلي مجموعة من الاتجاهات العلاجية التي تهدف إلي تعديل النماذج الخاطئة في تفكير العميل ، وينصب التركيز في هذا العلاج علي أسلوب تفكير العميل ومشاعره وسلوكياته لكي يتم فهم العلاقة التبادلية بين التفكير والانفعال والسلوك ، ولذا ينظر إليه علي أنه عملية تعلم داخلية تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكى وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة .

وتعتمد فكرة العلاج المعرفى على تحديد أنماط التفكير اللامنطقى ، ومساعدة العميل علي فهم الأثر السلبي لهذه الأنماط من التفكير ، واستبدالها بأنماط تفكير أخرى تكيفية وفعالة ، مع تدريب العميل علي كيفية الضبط الذاتى .

وهناك أنواع متعددة للأساليب العلاجية المعرفية مثل : العلاج العقلاني الانفعالي لأليس ، والعلاج المعرفي لبيك ، والتدريب علي

مهارة التغلب علي المشكلات لجولد فراتد ، والتعديل المعرفي للسلوك لرونالد ميشنبوم.

وقد أرسى أليس العلاج العقلاني الانفعالي ثم زيد مصطلح السلوكي ، ويرى من خلاله أن سلوكيات المرضي ناتجة عن أفكار واتجاهات لا منطقية ، ويركز علي التشابك بين العاطفة والتفكير والمشاعر والسلوك ، ويرى أن الاضطراب النفسي نتيجة للتفكير اللاعقلاني واللامنطقي ، ولذلك فإننا لكي نفهم سلوكا معينا يجب أن نفهم كيف يشعر الفرد ويفكر ويدرك ويتصرف (حسن عبد المعطى).

ويعد العلاج العقلانى الانفعالي السلوكي فنية علاجية غير عادية إلي حد ما ، وهو أحد أساليب العلاج الحديث الذي وضع أسسه البيرت أليس Ellis.A ، يتكون من نظام فلسفى ونظرية في الشخصية ، وتستند نظريته علي افتراض مؤداه أن أنماط التفكير والمعتقدات اللاعقلانية الخاطئة التى سبق للفرد أن تعلمها واكتسبها ، تسبب حدوث السلوك المضطرب.

ويقوم العلاج العقلاني الانفعالي علي فكرة أساسية هى أن الإنسان حيوان عقلاني بصورة فريدة ، كما أنه حيوان غير عقلاني بصورة فريدة ، وأن اضطراباته الانفعالية والنفسية تعد إلي درجة كبيرة نتاج تفكيره بطريقة غير منطقية وغير عقلانية ، وأنه يمكنه أن يخلص نفسه من معظم تعاسته الانفعالية أو العقلية ، ومن عدم فعاليته واضطرابه ، إذا تعلم أن ينمي تفكيره العقلاني إلي أقصي درجة ، وأن ينخفض تفكيره غير العقلاني إلي أقل درجة (محمد الطيب) ، وعليه فإن العلاج العقلاني الانفعالي يستند علي أن التفكير والانفعال الإنساني ليسا بعمليتين متباينتين أو إنما تتداخل بصوره ذات دلالة ، وأنهما

يعتبران نفس الشئ أساسا وينبغي عدم النظر إليهما في انفصال عن بعضهما بصورة تامة ، وقد وضع أليس في نظريته ما يوضح ذلك من أن نظام الفرد وتفسيره للأحداث والخبرات التي يمر بها هي المسئولة عن اضطرابه الانفعالي وليس الحوادث أو الخبرات ذاتها ، وتضمنت نظريته في هذا الصدد:

-حدث محرك نشط. - نظام معتقدات لاعقلانية.

-الأثر (الصحة النفسية). - تفنيد ومناقشة (الأفكار اللاعقلانية).

وعليه فقد وضع أليس نموذج A.B.C لتطور الانفعالات ، أوضح فيها أن المشاعر لا تسببها الأحداث أو الأفعال (حتى الأفعال السيئة) ولكنها نتيجة للأفكار الناتجة لدينا من خلال تلك الأفعال ، وبذلك كان كل انفعال ايجابي كالسرور والحب ، أو سلبي كالخوف والقلق والاكتئاب يسبقه بناء معرفي ،ومعتقدات ، وطريقة تفكير سابقة تساعد في ظهوره ، أي أن أليس افترض في نموذجه أن الاضطرابات النفسية ما هي الإ نتاج للتفكير اللاعقلاني الذي يتبناه الفرد.

هذا وينطوي العلاج العقلاني الانفعالي في رأي أليس على حوار ذو معني بين المعالج والمريض ، إلا أن المعالج يقوم بمعظم الحديث خاصة بداية الجلسات ، حتي يوضح للعميل المقصود من العلاج ويساعده علي تحديد مشكلته بصورة قاطعة .

وأن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يتضمن عناصر رئيسية تتمثل في :

(A) الحدث المنشط Acivity Action

(B) المعتقدات وتنقسم إلي أ- لاعقلانية (IB) Irrational Belives

ب- عقلانية (RB) Rational Belives

(C) النتائج وتنقسم إلي أ- نتائج لا عقلانية
(IC) Irrational Belives

ب- نتائج عقلانية (RC) Rational

(D) الدحض والتفنيد D iputing

(E) الأثر (التغير) وينقسم إلي

أ-تأثير معرفي (CE) Cogivitive Effect

ب-تأثير سلوكى (BE) Behavior Effect

كما قسم أليس نموذجه هذا إلي قسمين:

الأول: القسم المرضي الذي يضم (A-IB-IC) الذي يوضح الاضطرابات الانفعالية والمواقف والسلوكيات الانهزامية .

الثاني: القسم العلاجي والذي يضم (A-BB-RC-D-CE-BE) والذي يتم من خلاله تفنيد وإزالة الأفكار اللاعقلانية وصولا للتأثير المعرفي السلوكى.

مما سبق يتضح ان العلاج النفسى العقلاني الانفعالي يقوم بهجوم منسق على الأوضاع غير المنطقية للشخص المضطرب بطريقتين :

١-يضطلع المعالج بمهمة الداعية المضاد ، الذي يناقض وينكر الدعاية الانهزامية والخرافات التي تعلمها المريض أصلا ، والتي يقوم المريض بغرسها ذاتياً.

٢-يقوم المعالج بتشجيع المريض وحثه والتحايل عليه ، وأحياناً ما يصر على أن ينخرط المريض في نشاط ما ، وهذا في حد ذاته يقوم بمهمة عميل فعال للدعاية المضادة ضد الهراء الذي يؤمن به المريض (محمد الطيب).

ويشير العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في اتجاه توظيف المواجهة الفلسفية المباشرة ، حيث يوضح المعالج للعميل أنه في كل مرة يمر فيها بانفعال أو سلوك مختل عند النقطة © أنها تحدث بشكل غير مباشر بسبب تغيراته أو فلسفته أو موقفه أو معتقداته عند النقطة (B) ، ثم يعمل المعالج العميل كيف يعارض هذا المعتقد علميا ، وبطريقة منطقية وقابلة للتجريب عند النقطة (D) ، ثم يستمر في هذه المعارضة حتي يخرج عند النقطة (E) بمجموعة من التأثيرات العقلانية المحسوسة (CE) والتأثيرات السلوكية المناسبة (BE) ، وعندما يكون قد استمر لفترة من الوقت عند النقطة (RC) يكون أقل تعرضا لاقناع نفسه بالمعتقدات اللاعقلانية (IB) ، ومن ثم إحداث نتائج غير مناسبة (IC) أو اضطرابات انفعالية (Ellis) .

خطوات العلاج :

أوضح محروس الشناوى أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يمر بالخطوات الأربع التالي:-

الأولي: يبين المعالج للعميل أنه غير منطقي ، وأن يساعده على فهم كيف ولماذا أصبح كذلك، وأن يوضح له العلاقة بين أفكاره غير المنطقية وتعاسته واضطرابه الانفعالي .

الثانية: أن المعالج الذي يستخدم هذا النوع من العلاج يتجاوز هذه المرحلة ، بأن يظهر للعميل بأن يستمر في اضطرابه لاستمراره في التفكير بطريقة لا عقلانية ، أي أن تفكيره غير المنطقي المستمر معه في الوقت الراهن هو المسئول عن حالته ، وليست التأثيرات المستمرة للأحداث السابقة النشطة.

الثالثة: يقوم فيها المعالج بجعل العميل يغير تفكيره ، ويقلع عن الأفكار اللامنطقية .

الرابعة : يتجاوز المعالج مرحلة التعامل مع الأفكار غير المنطقية بشكل محدود ، ويبدأ الأخذ في اعتباره الأفكار اللامنطقية العامة ، بالإضافة إلي تبنى فلسفة للحياة أكثر عقلانية بحيث يمكن للعميل أن يتحاشى الوقوع ضحية أفكار أخري غير منطقية .

وقد عرض أليس في كتابه العقل والانفعال في العلاج النفسي، الأفكار والمعتقدات غير العقلانية وغير المنطقية والتي تتسبب في حدوث الاضطرابات الإنفعالية ، أكد منها على إحدى عشر فكرة هي:-

- طلب الاستحسان وأن يكون الشخص محبوبا ومقبولا من أفراد بيئته المحلية .
- ابتغاء الكمال ، حيث أن الفرد يجب أن يكون فعالا ومنجزا حتي تكون له قيمة .
- اللوم الزائد للنفس وللآخرين ، حيث أن بعض الناس سيئون وشريرون ، ولذا يجب أن يلامو وأن يعاقبوا.
- توقع المصائب والكوارث ، حيث أن الأمور تأتي علي غير مايتمنى الفرد .
- التهور وعدم المسئولية الانفعالية ، حيث أن تعاسة الفرد تنشأ عن ظروف خارجية لا يمكنه السيطرة عليها أو التحكم فيها .
- الاعتمادية عل شخص أخر أقوي منه ، حتي يمكن الاعتماد عليه.
- إمكانية تجنب بعض الصعوبات والمسئوليات بدلا من مواجهتها.

- الشعور بالعجز حيث أن خبرات الماضي هـــي محـــددات أساســية لسلوك الفرد في الحاضر.

-تجنب المشكلات والمسئوليات أفضل من مواجهتها .

-الأشياء المخيفة أو الخطرة تستدعي الاهتمام الكبير والانشغال الزائــد ، وبالتالي فإن احتمال حدوثها يجب أن يشغل الفرد بشكل دائم .

- هناك دائما حل مثالى وصحيح لكل مشكلة ،وهذا الحـــل لابـــد مـــن إيجاده وإلا فالنتيجة تكون مفجعة (سليمان الريحانى ، Ellis) .

أضاف عبد الستار ابراهيم أساليب أخرى للتفكير الخاطئ تـــؤدي إلي القلق والاضطراب الانفعالي : المبالغة ، التعميم ، التوقعات الســلبية السيئة ، الميل إلي إدانة الآخرين ، أخطاء الحكم والاستنتاج .

وقد أشار أليس إلي أن هدف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

١-مساعدة المريض علي التعرف علي أفكاره غير العقلانية والتي لـــها تأثير سلبي عليه .

٢-تشجيعه علي الاعتراض عليها ومحاولة التخلص منها .

٣-تشجيعه على تعديل الاعتقادات غـــير العقلانيـــة وغـــير الواقعيـــة والخادعة للذات ، واكسابه أساليب تفكير أخرى أكثر عقلانية وأكـــثر ايجابية بعدة طرق ،أهمها الحوار الفلسفي والطرق الاقناعيـــة، بمـــا يساعد علي تخفيف حدة القلق ولوم الذات لديه ، واكســـابه القـــدرة علي الحكم على الأشياء من حوله حكما سليما.

كما أوضح كل من أليس وبرنارد أهم معايير الصحة النفسية للفرد والتي تمثل أهدافا خاصة بالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هي :-

- الاهتمام بالذات. – التوجيه الذاتى .

-تحمل الاحباط بشكل واضح – المرونة .

- التمسك بالأهداف الخلاقة. - التفكير العلمي .

-توقع حدوث تغيرات مفاجئة في الحياة وتقبلها.

- تقبل الذات. - تقبل المخاطرة.

- السعى الدائب نحو تحقيق الذات .

- عدم المثالية.

-المسئولية الذاتية عن الاضطرابات الانفعالية بعيدا عن الظروف الخارجية .

فنيات الارشاد العقلي الانفعالي :-

١-تحقيق علاقة بين المرشد (المعالج)والعميل ، أي التعارف التام بينهما وخلق جو من الألفة وتحقيق الانتماء ، وتقبل العميل .

٢-فنية ABC للتحليل السلوكي ، حيث يتم عرض عدة مواقف يقوم المعالج بتحليلها وتصويب الخاطئ فيها في حوار جماعي .

٣-المنظمات الاستهلاكية : حيث يقوم المعالج بإلقاء محاضرة مدعمة بملخصات أو كتب أو أحداث واقعية عن التفكير الإنساني وما غيره ، ومعوقاته ودوره في أحداث الاضطرابات للانسان من خلال أسلوب ، التفكير وطريقته ، وبيان مدى إمكانية تعديل هذا الأسلوب ومفهوم الاتجاه ومكوناته .

٤-تعبير المريض عن انفعالاته تجاه المواقف المعروضة عليه في جو من التقبل والألفة .

٥-الدحض أي الاعتراض علي أفكار المريض ومعتقداته من قبل المعالج (الرغبة والرغبة المضادة) .

٦- تشجيع العميل علي المخاطرة بالتعبير عن انفعالاته ومشاعره ومعتقداته التي يخشي إظهارها بشكل صريح .

٧-لعب الدور : حتي يمكن الاطلاع علي مشاعر الآخرين والإحساس بمشاعرهم .

٨-العميل المحورى: يستخدم أليس أسلوب الحوار المركز علي عميل محورى Focal في اللحظة المعينة (٣٠ دقيقة لكل عميل) ، وقد يوجه أعضاء الجماعة وسائل مباشرة لهذا العميل ، للكشف عن الاعتقادات اللاعقلانية ومناقضتها ولتوجيه التعليمات إليه للاستمرار في ذلك إلي أن يحدث التغيير ، حيث يقوم المعالج بدور الداعية المضاد.

٩-إثارة التنافر بين معتقدات الفرد وتوضيحه ، حيث يطلب الباحث من العميل تبنى وجهة نظر معينة تخالف ما يعتقده فعلا ، وهنا يثار تناقض وعدم اتزان بين ما يعتقده الفرد ، وما يسعى إلي إقناع الآخرين به ، مما يدفع الفرد إلي محاولة اختزال هذا التناقض بتغيير معتقده هو ، لاسيما إذا اختير الموقف بحيث يكون موقف الفرد منه لا منطقيا .

١٠- الماراثون (جماعات اللقاء المواجهة) هو لقاء مواجهة عقلانية يتم في نهاية الأسبوع الأول ، ثم يعاد مرة أخرى بعد مضى من (٦-٨) أسابيع . ويهدف إلي التعرف بين الأعضاء وإزالة الحوج ، والقيام ببعض التدريبات علي بعض الفنيات مثل : لعب الدور ، العميل المحوري وغيرها ، مما يفيد في أن يتخلي الفرد عن بعض دفاعاته اللامنطقية (ابراهيم الشافعي ، لويس مليكه ، عبد الستار ابراهيم ، سليمان الريحاني).

استخداماته: يستخدم العلاج العقلاني الانفعالي في علاج العديد من الاضطرابات مثل : حالات التعصب بأنواعها المختلفة ، وتعديل

العديد من الاتجاهات التعصبيـــة ، الاكتئــاب ، القلــق ، العــدوان ، الإدمان ، الانحرافات الجنسية ، الاضطرابات السيكوباتية .

أدوار المعالج في العلاج العقلاني الانفعالي :

- أن يتعامل مع الأفراد الذين يعانون من الاضطراب والتعاســة دون داع ، أو الذين تثقل علي كاهلهم مشاعر القلق الشديد أو العدائيــة وأن يوضح لهم أن الصعوبات التي يعانون منها تنجم من إدراكــهم المشوه وتفكيرهم غير المنطقي ، وأن هناك طريقة لإعادة ترتيــب إداركاتهم ، وإعادة تنظيم تفكيرهم ، من أجل القضاء علي الســبب الأساسي لصعوباتهم ، وهذه الطريقة وإن كانت بسيطة نســبياً ، إلا أنها تتطلب بذل الجهد.
- أن يجعل العميل يعي أعراضه المرضية ويزيد من وعيــه بتلــك الأفكار المدمرة للذات ، وأن يجيب العميل على خواطـــره بشــكل أكثر موضوعية وواقعية.
- أن يعيد المعالج العميل دائما إلي الأفكار غير العقلانية التي تكمــن وراء انفعاله أو مخاوفه ولا يتردد في مناقشته ومناقضته ، ونفــي ما يقوله العميل متخذا أمثله من حياة العميل نفســه أو مــن حيــاة الناس عموما لتدعيم رأيه.
- أن يعلم المعالج العميل كيف يتغلب علي اضطراباته الانفعاليـــة ، وأن يعتقد المعـــالج العقلانـــي أن الانفعـــالات الســـالبة الدائمـــة (الاكتئاب ، القلق ، الغضب) لا ضرورة لها في حياة الإنســـان، وأنه يمكن القضاء عليها إذا تعلم الناس بصورة متسقة أن يفكـــروا بطريقة سليمة ، وأن يتبعوا تفكيرهم المســـتقيم بأفعـــال فعالـــة ،

فمهمة المعالج أن يوضح لمرضاه كيف يفكرون بطريقة مستقيمة، وأن يتصرفوا بطريقة فعالة.

- يبين قبولة للعميل ، كما يثق بالعميل وبقدرته علي أن يفكر ويسلك بشكل أفضل ، إذا توقف عن أن يقلل من شأن ذاته.
- يجب عليه الاستماع للعميل جيداً ومحاولة تحليل ما يردده العميل .
- أن المعالج العقلاني الانفعالي يفترض أن الشخص العصابي هو شخص كفؤ من حيث الإمكانات ، ولكنه بطريقة ما وعلي مستوي بعينه من الوظيفة لا يحقق هذه الإمكانات ،وأن يدمر أهدافه في الحياة.
- يجب علي المعالج أن يستمر في إماطة اللثام عن ماضي المريض ، وبصفة خاصة تفكيره غير المنطقي في الحاضر وتلفيظاته المدمرة للذات (محمد الطيب).

مميزات العلاج العقلاني الانفعالي:

- أنه من أكثر النظريات المعرفية الهامة في وصف الاضطرابات الانفعالية.
- انه يسمح للمعالج أن يعلم العميل كيف يناقش عميله (أو كيف يعترض) الافتراضات المتخاذلة عن نفسه وعن الآخرين.
- نظرا لأن هذا النوع من العلاج مبني علي نموذج تعليمي إقناعي ويعلم العميل كيف أنه يسبب الإزعاج لنفسه بأفكاره غير العقلانية ، ومن ثم فإنه يسعى إلي كشف هذه المعتقدات والأفكار غير العقلانية لدي العميل ، كما يعلمه كيف يغيرها.

- من خلال هذا النوع من العلاج يمكن للمعالج أن يوضح لنفسه كيف يمكن لعميله مناقشة نفسه وتحديه لأفكاره اللاعقلانية، ويساعده علي كيفية التخلص منها واستبدالها بأخرى عقلانية.
- إنه لا يسعي إلي مجرد إزالة الأعراض ، بل يسعي إلي تغيير فلسفي عميق ودائم للفرد .
- التأكيد علي التقبل الذاتي للفرد بدون قيود أو شروط.
- التأكيد علي أن تحمل الإحباط حتي ولو كان منخفضا يؤثر في إحداث اضطراب انفعالي .
- التأكيد علي نجاح العلاج العقلاني الانفعالي في التعامل مع الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب وغيرهما.

(Neeman M etal ,Ellis)

٥- العلاج النفسي المتمركز حول العميل

Client – Centered Psychotherapy

صاحب هذا العلاج هو العالم الأمريكي كارل روجزر صاحب نظريات الذات ، وهو من الأساليب التي تستهدف التغلب علي نواحي القصور في العلاج التقليدي ، حيث السلطة في يد العميل ، بهدف وصول العميل وليس المعالج إلي حالة من الوعي والبصيرة والفهم للمشاكل ، ومن ثم إصدار القرارات ، فهو يقوم علي مسلمة أن كل شخص لديه حاجة طبيعية لتقدير ذاته ، ولا تشبع هذه الحاجة إلا إذا أدرك المريض تماما إمكانياته ودوافعه وقدراته وتقبل ذاته ، وتتلخص هذه المسلمة في المبادئ الثلاث: أعرف نفسك - كن صادقا مع نفسك - راقب ذاتك ، وعليه كلما كان الشخص علي بصيرة بما يقوم به من تصرفات وعلي إدراك لذاته ، بحيث يكون دراية بدوافعه واستجاباته

في المواقف المختلفة ، كلما أدي ذلك إلي التوافق النفسي والصحة النفسية.

ويري البعض أن الاتجاه الذي يصل به العميل إلي العيادة يجب أن يكون موضع اعتبار المعالج ، لأن ذلك سوف يساعد في نجاح العلاج ، ولهذا يري روجز ضرورة إلقاء مسئولية هذا النوع من العلاج النفسي علي العميل ذاته ، ويري أنه لا داعي لإطالة الوقت في عملية التشخيص للاضطراب النفسي ، حتى لا تنتقل مسئولية العلاج من العميل إلي المعالج ، كما يري أنه من الأفضل قبل البدء في التشخيص أن يبدأ العلاج بتشجيع المريض علي التحدث عن نفسه بحرية وطلاقة بحيث يعبر عن الانفعالات السلبية والإيجابية بشيء من الأمان والثقة.

دور المعالج:-

يبدأ عمل المعالج بتصميم المقابلة ، ويتطلب ذلك شرح معني شروط الاتفاق بينه وبين العميل ، ويوضح له أن العمل من أجل حل مشاكله هو مسئوليته الشخصية.

* أن معظم جهود المعالج تتركز حول توضيح مشاعر المريض التي عبر عنها ، وليس من هدفه أن يصدر حكما عليها أو أن يعلق عليها.
* أن يخلق جو يشعر فيه العميل بقيمته الذاتية ومعنا وقد أوضح روجزر أن هناك ستة شروط ضرورية وكافية هي:-

١- شخصان في اتصال نفسي.

٢- أولهما (العميل) هو في حالة عدم مسايرة بكونه سهل الانجراح أو قلقا.

٣- ثانيهما (المعالج) هو في حالة مسايرة أو تكامل ضمن العلاقة .

٤- المعالج يشعر بتقدير موجب غير شرطي تجاه العميل.

٤- المعالج يعيش (الفهم الامباثي) للإطار المرجعي الداخلي عند العميل ، ويجاهد لإيصال ما يخبره إلي العميل.

٥- الفهم الإمباثي والتقدير الموجب غير الشرطي عند المعالج قد تحقق الحد الأدنى من إيصالهما إلي العميل (صلاح مخيمر).

- الترحيب بالعميل الذي يأتي بنفسه للعلاج وتشجيعه علي الحديث بصدق وبث الثقة بنفسه.
- يجب الاعتماد علي التوجيه العقلي للمريض.
- تحقيق علاقة جيدة مع المريض خالية من الروابط العاطفية ومن السيطرة أو الضغط.
- لابد من توافر الحماس والشعور بالمسئولية لدي المريض.
- السماح للمريض أن يعبر عن مشاعره ، وعلي أن يقبل المعالج كل ما يقوله المريض.
- تحديد المشكلة وتعريف المريض بسهولة علاج هذه المشكلة.
- البحث عن الأسباب الحقيقية التي أدت إلي حدوث المشكلة بالبحث في تاريخ حياة المريض وأسلوب تربيته ، وخبراته التي مر بها.
- أن يعرف المريض خطة العلاج التي توضع له وبالاشتراك معه ، والمعالج مسئول عن صحة وموضوعية هذه الخطة ، وعلي المريض التنفيذ ، وترجمة هذه الخطة إلي سلوك ، وأن يعرف المريض أن هدف هذه الخطة. هو علاجه وتحقيق الصحة النفسية لديه.

❖ علي المعالج الالتزام بحدود الموقف العلاجي بأن يضع المعالج حدودا للعطف مع العميل أي أن تكون العلاقات العلاجية علاقات بشرية وليست آلية.

واستخدم روجزر طريقة تسجيل ما يدور في جلسات العلاج من أقوال وأفعال كي تساعده في تحليل العوامل المتفاعلة فيها ، حتى تتاح الفرصة للمريض لأن يجد من يشاركونه في مشاعره ومشاكله ، مما يساعد علي تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي للمريض ، والوصول به إلي مستوي أفضل للصحة النفسية. (Rogers ، وفيصل خير الزراد ، عبد الحمن العيسوي).

ويشترط في المعالج أن يكون متوافقا مع ذاته ، لديه تطابق بين مفهومه عن ذاته وخبرته وذاته المثالية ، أن تكون لديه شفافية وحساسية ، مخلص في مشاعره تجاه العميل ، مستمع جيد ، قادر علي إدارة المناقشة ، متفائل ، بعيدا عن الوعظ والتفسير لما يصدر عن العميل ، فيتقبل ما يصدر من العميل من مشاعر وسلوكيات سلبية ، واسع الخبرة.

أهداف العلاج المتمركز حول العميل:-

❖ تحرير طاقة النمو داخل الفرد سواء كانت كامنة أو معاقة.

❖ الكشف عن المشاعر والدوافع المكبوتة التي تتركز حولها المشكلة ، وكذلك الكشف عن الصراعات التي يعاني منها المريض.

❖ تنمية رغبة العميل في أن يبني ذاته وأن يدرك ذاته.

❖ تقبله لذاته.

❖ التركيز علي المشاعر السلبية التي تصدر من العميل ، والتي قد تتحول نحو المعالج ، وتشجيع العميل علي مواجهتها بصراحة ، والاعتراف بأنها منحرفة وضارة ويجب التخلص منها.

- تكوين مفهوم ذات ايجابي.
- الاستبصار بالذات وتوجيه قدراته في اتجاه جديد صحيح.
- تدعيم ثقته بذاته.

٦-العلاج النفسي الجشطلتي
Gestalt Therapy

لقد أخذ العلاج الجشطلتي في التوسع والانتشار ، ويستخدم مع الطلاب الأسوياء ومع أصحاب الصعوبات البصرية ، ومع تدريب الوعي للجماعات المتخصصة ، كما يستخدم كأسلوب مساعد مع طرق العلاج الأخري كالعلاج بالعمل أو العلاج بالفن ، كما يستخدم في الفصول المدرسية وفي مراكز رعاية الأطفال (العيسوي).

ويعتبر العلاج الجشطلتى من الطرق ذات النزعة الانسانية التي تنظر إلي الانسان علي أنه كائن عضوي يستطيع التحكم وبدرجة لها قيمتها في مصيره ، وتستند فكرته علي مبدأ أن الوحدة الكلية للسلوك البشري هي شيء أكثر من مجموع أجزاء السلوك.

ويهدف العلاج الجشطلتي إلي تنشيط عملية النمو ، وتطوير الإمكانيات الإنسانية ، فالمعالجون الجشطلتيون لا يتحدثون عن سرور فوري ، ووعي فوري ، وشفاء فوري ، لأن عملية النمو تتطلب وقتا ، ويقول بيرلز أنه في هذا العلاج لا نكتفي عن إماطة اللثام عن لعب الأدوار، وإنما نسعي إلي سد الثقوب في الشخصية لنعيد إلي الشخص كليته واكتماله مرة أخري (محمد الطيب).

وقد ذكر صلاح مخيمر طريقة العلاج الجشطلتي هي وعيية – الوجهه Awareness - Oriented ، فهدف الكائن البشري هو أن يضطلع بشكل متكامل ودقيق بتنظيم جشطلت خبراته ، وكيما يبلغ إلي

ذلك فإنه يحتاج إلي أن يكون من اكتمال الوعي بذاته وبالآخرين ما أمكن ، مثل هذا الوعي يتضمن عددا من القيم تخص الحياة الصحيحة . وأن هذه الطريقة في العلاج هي قبل كل شيء حاضرية - الوجهة Present – Oriented ويصفها بيرلز:-

الآن = تجربة حية = وعي = واقع. والماضي لم يعد والمستقبل ليس بعد ، فالآن وحده هو الذي يوجد. وأكد علي أن أهم المصطلحات في طريقة العلاج الجشطلتي هما: الآن وكيف.

وأهم فنيات العلاج الجشطلتي هي فنية إقامة متصل وعي A continuum of Awareness ، وهو متصل ضروري كيما يستطيع الكائن العمل وفقا لمبدأ الجشطلت الصحي ، بمعني أن أهم موقف غير متكامل أو غير منتهي سينبثق دائما وأبدا وبالتالي يمكن تناوله ، و إذا منعنا أنفسنا من تحقيق هذا التشكيل الجشطلتي ، فإننا سنقوم بوظائفنا بصورة رديئة ، وبالتالي سنتحمل معنا مئات وألوف المواقف غير المنتهية التي تلح في طلب الاكتمال (محمد الطيب).

ويحدد بيرلز Perls (في فيصل خير الزراد) خمس مراحل للعصاب يجتازها المريض:-

الأولي: مرحلة الخداع حيث يعيش المريض من أجل تصوره عن ذاته بأكثر مما يعيش من أجل ذاته الحقيقية ، مثلما يكون شيئا من الهروب من الواقع ، فإن المريض يقوم بالأدوار ، ويلعب الألاعيب من أجل ذلك ، والمعالج يقتفى أثر هذه المرحلة من الخداع.

الثانية: المرحلة الرهابية.

الثالثة: مرحلة الطريق المسدود The impasse

الرابعة: مرحلة التفجير الداخلي.

الخامسة: مرحلة التفجير الخارجي.

وبعدما يتخلي الوصابي عن الخداع فإنه يكتشف الوضع الرهابي من خلال مما نعته لأن يكون ما هو عليه ، وسخطه علي إخفاقاته ، والعصابي يشعر بعدم الرضي كما يشعر بمقاومته للتغير ، فإذا ما معني العصابي إلي ما وراء هذه المرحلة ، فإنه يصل إلي الطريق المسدود ، حيث يشعر بأنه فارغ عديم المعني ، وهذا الشعور (في رأي بيرلز) من الفراغ وعدم الدلالة تعقبه مرحلة التفجير الداخلي، حيث يوجه العصابي مشاعره نحو الداخل ، وتكون طاقاته سلبية متجمدة ، ثم يعقب ذلك التفجر الخارجي الذي يؤدي إلي بلوغ المريض الحياة الحسنة الجشطلتية Grestall Good Life

أما عن دور المعالج في العلاج الجشطلتي:-

- أنه يجعل المريض يكتشف بنفسه إمكانياته النفسية المفقودة ، ويساعده علي أن يكون في مقدوره أن يحشد إمكانياته.
- لايقوم المعالج الجشطلتي بتحليل نفسي للمريض ، ولكنه يعمل علي تحقيق عملية التكامل ، ويحاول أن يتحاشي الخلط بين الفهم من ناحية ، والتوصل إلي التفسيرات من ناحية أخري.
- أن ينظر المعالج الجشطلتي إلي العلاقة العلاجية علي أنها مواجهة بين فردين ، وهذه المواجهة كثيرا ما تكون بؤرة عند المريض لوعيه الحاضر وما يعيشه.
- أن يعمل كل ما يستطيع ليزيد من وعي المريض بما يعيشه كي يتمكن العميل من مشكلاته ، وعلي العميل أن يستحدث مهارات في الإدراك المليء ، وفي أن يعيش التجارب الحية بشكل مكتمل.

- أن ينظر إلي الشخصية علي أنها نتاج عملية من التكوين والتدمير المتصلين للوحدات الكلية المدركة ، وأن يري أن إدراكات الفرد هي التي تحكم سلوكه ، وأن يضيف المعالج الجشطلتي إلي هذا المفهوم مفهوما آخر هو انتظام هذه الادراكات ووحدتها الكلية (جشطلت).
- أن يساعد المريض بأن يكون واعيا بذاته وبالآخرين ، وأن يشمل هذا الوعي عددا من القيم تؤدي إلي الحياة الصحيحة ، والوعي بالآخرين وبالبيئة تماما ، كالوعي الملئ وغير المحدود بالذات ، الحياة تعاش في الحاضر ، واللحظة الحاضرة هي مركز الوجود.
- أن يعرف المعالج أن الآن وحده هو الذي يوجد ، وأن الذي يهم المعالج فقط معرفة الأن كيف يكون المريض ؟ وكيف يشعر ؟ وما الذي يعيشه في الحاضر ؟ وليس هناك اهتمام بالعوامل المسببة ، وإنما الاهتمام ينصب علي كيف هي الأشياء الآن في هذه اللحظة.
- أن يعترض المعالج علي المريض عندما يحاول أن يدخل في مرحلة الخداع ، وأن يحثه علي أن يركز علي ذاته ، وعلي أحاسيسه البدنية ، وإدراكاته للبيئة ، وعلي مشاعره تجاه نفسه وتجاه المعالج والآخرين.
- لا يعمد المعالج الي التأويلات ، ولايجيب علي أسئلة المريض ، ويطلب منه إعادة صياغة الأسئلة بصورة إيجابية (بيرلز).
- ان يشجع المريض علي استخلاص معني أحلامه ، وليس تأويل الحلم، بل دلالة الحلم بالنسبة إلى ما يعيشه المريض في الحاضر (بيرلز في فيصل خير الزراد).

٧-العلاج بالمعني
Logo Therapy

هناك ما يعرف باسم الإرشاد المعتمد علي العلاج بالمعني ، وهو أحد الطرق الوجودية في الإرشاد القائم علي نظرية العلاج بالمعني وفنياته لفرانكل ، وفيه يركز الإرشاد بالمعني علي اكتشاف معني الحياة وتحقيق فردية العميل ، وأن يصبح أكثر مسئولية لحياته ، ومساعدته في ترسيخ إرادة المعني والاتجاه في الحياة ، ويشير سيد صبحي (١٩٨٣) إلي ما أوضحه فرانكل عن مشاكل الفراغ الوجودي الذي قد يحياه العديد من الناس حين يعجزون عن إيجاد أساليب المواءمة بين متطلباتهم ومقتضيات الواقع ، أو حين يدفعهم شعورهم بالعجز إلي تجديد كل ملابسات الحياة والواقع من معناه الذي حددها ويكسبها دلالة ، ويعبر فرانكل عن انتشار ظاهرة الفراغ الوجودي عند الانسان في القرن الحالي والتي تبتدي في حالة الملل التي قد تؤدي إلي الأدمان وجموع السلوك.

وقد أوضحت زينب العايس أن العلاج بالمعني يعتمد علي مخاطبة عقل صاحب المشكلة علي اعتبار أن العقل قوة بشرية توضح في مقابل الانفعال أو العاصفة وأضافت أن هذا النوع من العلاج يعتمد علي خطوات إجرائية محددة تتمثل في:-

١-تبصير صاحب المشكلة بمجموعة المعاني التي يفتقر إليها وسببت له المشكلة .

٢- تعويد صاحب المشكلة علي تحمل المعني.

٣- توظيف الادارة وتحمل المسئولية.

٤- اتخاذ القرار والاشتراك فيه.

كما أشارت إلي ما أكده فرانكل علي أن الإنسان لايحقق وجـــوده الا من خلال معني ينجزه ، قيم يحققها ، ولايمكـــن أن يكـــون الوجـــود الانساني جديرا بالثقة الا إذا عاشه الإنسان علي أســس مــن التســامي بالذات أو تجاوزها ، فالإنسان يعيش بالمثل ويحيا بالقيم ، وأن فرانكـــل قد لخص معني الحياة من ثلاثة أنواع من القيم الإنسانية وهي:-

١- القيم الابتكارية.

٢- القيم التجريبية.

٣- القيم التي تؤدي إلي تكوين الاتجاهات.

ركائز العلاج بالمعني:-

وقد أوضح محمد الطيب أن فرانكل قد أوضح أن مفهوم الإنســان في العلاج بالمعني الوجودي يقوم علي ركائز (دعائم وأســـس) ثـــلاث هي:-

١-حرية الإرادة Freedom of Will :- أي أن الإنسان ليس حـــرا أو منفصلا عن عوامل معينة سواء أكانت هذه العوامل بيولوجيـــة ، أو سيكولوجية ، أو اجتماعية ، لكنه سيظل حرا في اتخـــاذ موقفـــا تجاه هذه العوامل أو الظروف.

٢- إرادة المعني The will to meaning : إن إرادة المعني تتمثل في محاولـة الإنسان الدائمة للبحث عن المعني ، والتي تعتبر القوة الأساسية فـــي حياته ، وتشير إرادة المعني عند فرانكل بأن الإنسان لديه قوة دافعـة تجعله يسير في اتجاه معين ، ويتبع طريقة معينة يحقق من خلالـــها مجموعة من المعاني المعبرة عن مبادئ معينة ، وأنـــها المحـــرك

الأساسي الذي يعيد للإنسان اتزانه ، واعتبرها رغبة فطرية عند الفرد.

٣-معنى الحياة The meaning of Life : وقد أوضح فرانكل أنه لا يوجد معني واحد للحياة ، ولكن هناك معان متعددة ، أهمها المعني الخاص لوجود الإنسان ، وتكون مهمة الإنسان في الحياة هو أن يدرك المعني لا أن يعرف معني الحياة . وقد أشار هاتزل ١٩٩٠ (محمد معوض) إلي أن الإنسان يمكن أن يكشف المعني في حياته من خلال ثلاث طرق : بأداء عمل ما ، معايشة قيمة ما ، خبرة قيمة ما .

أما فنيات العلاج بالمعني : (محمد الطيب) فهي:

١-المقصد المتناقض ظاهريا Paradoxical Intention : أن المريض يلقي التشجيع حتي يفعل ، أو يرغب في أن تحدث الأشياء التي يخافها ، ولكي نفهم الفعالية العلاجية لهذه الفنية ، فإننا يلزم أن نتدبر الظاهرة المسماة (قلق التوقع) (أو القلق التوقعى) anticipatory anxity ، وهذا معناه أن المريض يستجيب لحدث ما بتوقع كله خوف من تكرار حدوثه ، ومع ذلك ، فإن الخوف يجعل الشئ الذي نخافه علي نحو الدقة يحدث ، وكذا الحال بالنسبة لقلق التوقع ، وهكذا تنشأ حلقة مفرغة ، فالعرض يستنهض فوبيا ، والفوبيا تحرك (تستفز) العرض ، وعندها فإن تكرار حدوث العرض يعزز الفوبيا ، وهكذا يجد المريض نفسه في شرنقة حيث ينشأ ميكانيزم تغذية راجعة ، وأشار الطيب بالمكانية تحطيم الحلقة المفرغة إما بالعلاج العقاقيري أو بالعلاج النفسي أو بمزاج من الاثنين .

٢-الحد من تثبيت التفكير علي فكرة أو موضوع ما (مثير القلق) وهذه الفنية جزء من العلاج بالمعني الوجودى للعصاب الجنسي .

وقد أطلقت عليها زينب العايش اسم تشتت التفكير، أى أنه عندما لايجد الإنسان المعني المحدد فإنه يحصر نفسه في دائرة مغلقة تجعلـــه لايرى بكفاءة كيف يمكن أن يحل هذه المشـــكلة ، فيصـــاب بـــهواجس تطمس مستوي الإدراك في إيجاد الحل السليم ، فيصاب بـــالتفكير غـــير المجمع ، هذا الأمر يجعل لا يستطيع أن يتخذا قرارا أو ان ينتقي الحـــل الذي يستطيع أن يخلصه من هذا التشتت .

وتمكنت أيضا من تستشف أن العـــلاج بـــالمعني يســـتند علـــى افتراضات أساسية (استنادا إلي الأسس النظرية لفكر فرانكل) هي :

١- الكائن الإنسان الحر.

٢- المعني الشخصي الذي يعتمد علي المواقف التي يمر بـــها الإنسان.

٣- الحياة تجعل الإنسان يخاطر لإيجاد معاني لمواقف الحياة.

٤- درجة المعاناة تتضمن قيما وتبعث معاني جديدة.

٥- إيجاد المعني والهدف في الحياة لايفيـــد منطـــق الســـهولة واليسر.

٦- إيجاد المعني يمثل تبصرا يحدد علاقته بالآخرين.

٧- لا يمكن أن نتصور المعني هو السعادة.

٨- الإحباط في إرادة المعني يؤدي إلي الفراغ الوجودي.

وقد أشار محمد الطبيب بأن المعالج بالمعني الوجودي ليس بمعلـــم أخلاقي كما أنه ليس بمثقف فعمله يقوم علي التحليلات الامبيريقيـــة أي الفينوفسيولوجية ، ويوضح التحليل الفينوفسيولوجي لخبرة عملية التقييـــم

التي يعيشها رجل الشارع البسيط ،أن المرء يمكن أن يجد معنى في الحياة بخلق أو إتيان أي فعل أو بمعايشة الخير والحق والجمال ، وبمعايشه الطبيعة والثقافة ، وأخيرا علاقة فرد أخر يحبه.

وكثيرا ما يفيد العلاج بالمعني الوجودي للعصاب الجنسي وخاصة فنية الحد من تثبيت التفكير ، كما أن فنية المقصد المتناقض ظاهريا تهم في العلاج القصير المدي للمرضي المصابين بالوسواس القهري ، والمرضي المصابين بالنوبات.

الدراسات السابقة:-

ولم تنتشر استخدامات هذا النوع من العلاج بالمعني بالقدر الذي تنتشر به أنواع العلاج النفسي الأخري ، وهناك بعض الدراسات التي اهتمت باستخدام هذا النوع من العلاج مع بعض الفئات الكلينيكية المختلفة نذكر منها علي سبيل المثال:-

- دراسة إبراهيم محمود عن مدي فعالية العلاج الوجودي في شفاء للفراغ الوجودي واللامبالاة اليائسة لدي الطلاب الفاشلين دراسيا .

- دراسة زينب العايش عن مدي فعالية العلاج بالمعني كأسلوب إرشادي في تخفيف بعض الاضطرابات السلوكية في مرحلة المراهقة.

- دراسة سيد عبد العظيم عن أثر الإرشاد بالمعني في خفض خواء المعني لدي عينة من العميان.

- دراسة اسماعيل بدر عن أثر العلاج بالمعني في خفض مستوي الاغتراب لدي الشباب الجامعي (وهي دراسة تجريبية).

- دراسة سيد عبد العظيم للتعرف علي أثر العلاج بالمعني الوجودي وفنية التفجر الداخلي في علاج الاكتئاب التفاعلي لدي طلاب الجامعة.

٨ - العلاج النفسي الجماعي
Group Psychotherapy

يعتبر العلاج النفسي الجماعي مفيدا لكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية ، وقد كان آدلر أول تلميذ لفرويد مهتما بالناحية الاجتماعية ، وانصب اهتمامه علي جماعات العمل الطبقية ، وأدخل صامويل سلافسون عمل الجماعة وتربية الجماعة مع نشاط العلاج الجماعي ، انطلاقا من رؤيته بأن نشاط العلاج الجماعي هو تخريج للصراعات والحفزات ونماذج السلوك في مقر الجماعة ، ويكون المعالج متسامح ويقبل أن يتفاعل المرضي كل منهم مع الآخر.

وبدأ يزداد استخدام العلاج النفسي الجماعي بعد الحرب العالمية الثانية بسبب نقص عدد الأفراد المدربين ، مع زيادة عدد الأفراد المحتاجين للعلاج ، وأدخلت مدارس فرويد وأرلر وسوليفان (المدارس التحليلية) العلاج النفسي الجماعي ضمن جهودها ، وتدرج هذا النوع من العلاج من طريقة الإيحاء ، القمع الصريح إلي طريقة التحليل النفسي ، وقد شجع كارل روجرز تلاميذه علي استخدام هذا النوع من العلاج رغم عدم ممارسته له ، وأوضح روجرز أن العلاج الجماعي اسم يطلق علي ترجمة مبادىء العلاج الفردي إلي إجراءات تناسب الجماعة ، وينسحب ذلك أيضا علي تكنيكات اللعب.

من هنا يتضح أن العلاج النفسي الجماعي هو علاج عدد من المرضي معا في جماعات صغيرة مع استغلال أثر التفاعل الاجتماعي بين المرضي بعضهم وبعض ، وبينهم وبين المعالج مما يؤدي إلي تغيير سلوكهم المضطرب ، حيث يجتمع عدد من المرضي يتروواح عددهم ما بين ٥-١٥ مريض مع المعالج ، ويكون العلاج علي شكل جماعي

بشرط أن تتشابه مشكلات هؤلاء المرضي واضطراباتـــهم النفسـية ، ويقدم للمجموعة موضوعات ومواد تعليمية للمناقشة وإبداء الرأي.

ومن دواعي استخدام العلاج النفسي الجماعي:-

١-كثرة عدد المرضي.

٢- قلة عدد المعالجين.

٣- تشابه أعراض المرضي.

وهناك شروط معينة لاستخدامه منها:-

١-أن تشمل الجلسـة ٣-١٥ مريـض ويفضـل أن تكـون ٧-١٠ مريض.

٢- تجانس أفراد الجماعة العلاجية في النواحي العقلية والأعـراض المرضية.

٣- يعتمد المعالج علـي طريقـة الشـرح والمحـاضرة والحـوار والمناقشة.

٤- لايتم اختيار جماعة المرضي عشوائيا ،بل إن ذلك يحتـاج لدقـة ومهارة وخبرة بالأنماط الشخصية.

٥- أن تتراوح مدة الجلسة ما بين ١,٥ - ٢ ساعة.

٦- ضرورة إجراء مقابلة شخصية مع كل مريض علي حدة بـهدف فحص وتشخيص حالته بصورة جيدة.

٧- ضرورة التأكد من أن المريض مستعدا للعلاج ومتقبلا لنظامه.

وهناك عدة تصنيفات للعلاج الجماعي مثل:-

- السيكودراما التي تقوم علي تكنيكات خاصة بالتعبير الرمزي عـن الصراعات وترتبط باسم مورينو.
- العلاج غير الموجه يكون تدخل المعالج بسيط.

* العلاج التحليلي الذي يقوم علي مفاهيم التحليل النفسي.
* التحليل القائم علي التعامل وهو اتجاه ايريك بيرون ، وهو نمط تربوي علاجي ينقل إلي الطفل فهم أفعاله وتشجيعه علي تطبيق تلك المعرفة (Irving Karft).

وأهم مجالات استخدامه:-

حالات انطواء ، والخجل ، والحرج في حضور الجنس الأخر ، ومما يعانون من اتجاهات صريحة نحو الجنسية المثلية ، أو تعلق زائد بالأم أو الأخت ، في مستشفيات الأمراض العقلية ، وداخل العيادات النفسية ، وفي عيادات توجيه الأطفال والمراهقين والراشدين ، وفي علاج حالات الإدمان ، واضطرابات الكلام ، وجناح الأحداث والأمراض العصابية والذهانية ،والكآبة ، والوسواس ، والخوف والشعور بالنقص.

كما يحذر من استخدام العلاج النفسي الجماعي في حالات: السيكوباتية ، والهذاء ، والهوس الشديد ، وحالات الضعف العقلي الشديدة.

ومن فوائد هذا النوع من العلاج:

١- أنه يؤدي إلي اقتصاد كبير في الوقت والجهد والتكلفة.
٢- يمكن استخدامه في الأندية الاجتماعية العلاجية في صورة أنشطة ترفيهية لتحطيم العزلة ، وتشجيع المريض علي الاختلاط بالأخرين.
٣- يتيح الفرصة لأكبر عدد من ممكن من المحتاجين إلي العلاج.
٤- يساعد المريض علي التنفيس عن انفعالاته ، ويقلل من مشاعر القلق والشعور بالاثم لديه.

٥- يقلل من تمركز المريض حول ذاته ويقوى لديه عاطفة اعتبار الذات والثقة بالنفس.

٦- يكفل لدي المريض تصحيح سلوكه ومفهومه عن ذاته وعن الآخرين.

٧- يدفع المريض نحو البحث عن وسائل أخري لحل صراعاته ، ومشكلاته وإشباع حاجاته ، مما يقلل من مخاوفه ، ويفتح الطريق أمامه لنمو أنماط سلوكية سوية جديدة.

٨-يؤكد للمريض أنه ليس الوحيد الذي يعاني من الاضطراب النفسي أو من مشكلة نفسية ، وهذا يقلل من شعور المريض بالعزلة والألم.

٩-أنه منهج وطريقة لمساعدة الطفل الانسحابي ليتعلم أن الآخرين ما هم إلا أصدقاء مأمونين (Lippaman)

المشكلات الناتجة عن العلاج النفسي الجماعي:-

لقد أشار مدحت أبو زيد للعديد من المشكلات التي تترتب علي استخدامات العلاج النفسي الجماعي ، وبسبب كثرتها يمكن تعدادها علي النمو التالي:-

- خبرة فشل سابقة في العلاج النفسي الجماعي (كتوجيه النقد للمريض أو رؤية غيره ينهار ، أو فشله السابق في العلاج ، أو فشله في التواصل مع أعضاء الجماعة) .
- اتجاهات غير مرضية نمو العلاج النفسي الجماعي كالاعتقاد في عدم قيمة هذا النوع من العلاج.
- ضعف الاستعداد للقيام بالمهمة العلاجية الجماعية.

- ارتفاع مستوي الانطوائية والانعزالية لدي المريض الذي يفضل تجنب الآخرين ، والعزوف عن الصحبة.
- كراهية مفهوم العمل الجماعي بسبب إحساس المريض أن هذا النوع من العلاج ليس له وحده ، بل للآخرين معه ،وبالتالي سوف تقل استفادته منه.
- توقعات غير مؤكدة تجاه العلاج النفسي الجماعي ، كتوقع الفشل في إتمام الشفاء ، أو توقع عدم جدواه ، وأن العلاج به سحر ، توقع إفشاء السر من الجماعة.
- ضعف الثقة في الجماعة العلاجية سواء من قبل الفرد تجاه الجماعة أو العكس.
- نقص المهارات الاجتماعية مثل مهارة كسب ثقة الأخرين ، والاجتماع لمناقشاتهم وحوارهم ، وكسب مودتهم ، والتعاطف معهم ، ومهارة ضبط النفس ...
- عدم الاقتناع بمفهوم العلاج النفسي الجماعي ، وما ينتج عنها من مشاعر نقص الاهتمام بهذا النوع من العلاج واللامبالاة ، ونقص المعلومات الكافية عنه ، وعدم الاقتناع بالجماعة ذاتها ، ورفض الدخول معها.
- الصمت وعدم المشاركة في الحوار مع الجماعة.
- مقاومة العلاج النفسي الجماعي والتي تأخذ شكل شعوري تبدو في شكل تصرفات معينة من المريض ، أو تأخذ شكل لاشعوري لا يدركه المريض ولا يستوعبه ، وتظهر في فلتات للسان وزلات القلم والتصرفات العفوية دون الاعتزار عنها.

- تغذية مرتدة خاطئة من الآخرين عن العلاج تؤدي إلي رفض المريض للعلاج الجماعي ، وتكون هذه التغذية من الآخرين خاطئة وسالبة عن العلاج أنه عديم الجدوى ، أو إقناعه بأنه ليس في حاجة إلي العلاج الجماعي.
- انخفاض مستوي الدافعية للعلاج تؤدي إلي رفض المريض وامتناعه وتقاعسه عن العلاج.
- لعب دور معوق في الجماعة العلاجية ، حيث يكون لعب الدور المنحرف أحد مؤشرات رفض الجماعة العلاجية أو فشلها ، ويكثر هذا الدور عند الشخص العدواني ، وميله لاثارة الشغب بين أفراد الجماعة وإفساد العملية العلاجية ، ومقاومة العلاج.
- ارتفاع مستوي التهيجية والعنف ،حيث تميز المريض بالعصبية وارتفاع مستوي الاستثارة والاندفاعية.
- عدم الانصياع لمعايير الجماعة العلاجية ، وعدم الانضمام إليها أو التفاعل معها.
- ضعف الثقة في المعالج بسبب ضعف الثقة في الذات أو التحول السلبي نحو شخصية المعالج ، وعدم الارتياح لشخص المعالج وضعف الثقة في كفاءته ، وتوهم بأنه سينشر السر.
- ضعف الانتماء للجماعة والتي تبدو في السرحان والصمت وتفاهة التعليقات والحملقة في لاشيء ، وضعف القدرة علي التوافق الاجتماعي مع أعضاء الجماعة.
- اتجاهات غير سارة تجاه المؤسسة العلاجية كالإحساس بالضيق من المكان ،أو أنه تقييد للحرية أو بعدم الجدوى من التواجد.

- اتجاهات غير مرضية نحو العلاج النفسي ككل كالتشكل في مفهومه ، وجدواه وفائدته.
- اتجاهات سالبة نحو الوحدات العلاجية (أقسام - عنابر - أجنحة - وحدات) كالإحساس بسوء المعاملة ،أو نقص وسائل الترفيه أو عدم الارتياح للجماعة المنضم إليها.
- الاعتقاد بأن جماعة علاجية واحدة تكفي وهذا من قبيل المقاومة للعلاج.
- الخوف من مواجهة الغرباء في الجماعة العلاجية ، خوفا من النقد أو سوء الفهم أو تفشي السر.
- الخوف من الشعور بالنبذ داخل الجماعة.
- الخوف من سخرية الجماعة.
- الاعتقاد بأن كل أساليب العلاج النفسي الجماعي واحدة.
- عدم الشعور بالارتياح من حجرة العلاج.
- الخوف من سلوكيات الجماعة بعد الجلسة العلاجية كالسخرية أو العدوان أو التحرش بالمريض أو عقابه.
- الاعتقاد بتمام الشفاء وعدم الحاجة إلي العلاج.
- طول مدة الجلسة العلاجية.
- ضعف الرباط بين المعالج والجماعة.
- عدم مناسبة مواعيد الجلسة الجماعية.



الفصل الخامس

الطرق المساعدة في العلاج النفسي

١- العلاج الاجتماعي (البيئي)

٢- العلاج الأسري (البيئي)

٣- العلاج باللعب

٤- العلاج بالعمل

٥- العلاج بالفن

٦- العلاج عن طريق العون .

١- العلاج الاجتماعي (البيئى) Sociotherapy

يطلق علي هذا النوع من العلاج اسم العلاج البيئي ، ويهدف إلـــي مساعدة الأفراد الذين يعانون مشاكل متعلقة بأدائهم الاجتماعي ، وعلـــي استعادة أو تدعيم مقدرتهم علي القيام بوظائفهم الاجتماعية .

تعريفه: وهو عبارة عن التعامل مع البيئة الاجتماعية للمريض وتعديلـــها أو تغييرها أو نقل المريض مؤقتا أو بصفة دائمة مـــن البيئـــة الاجتماعية التي أدت إلي الاضطـــــراب النفســـي إلـــي بيئـــة اجتماعية أخرى ، بما يتيح التوافق النفسي السوي المنشـــود ، أي أنه إعانه الفرد المريض علي تحسين وظيفته في المجتمع .

أهدافه: -استعادة نشاط الفرد الاجتماعي بشكل سوي ومتزن.

- تكوين شخصية ناضجة قادرة علي إزالة العقبات التي تعـترض توافقها الاجتماعي .

أساليبه:

أ- **علاج بيئي:** حيث يعاني المريض من صعوبة التعامل مـــع البيئـــة سواء المادية أو البشرية ،مما يحقق تفاعلا غير سويا معها ، ســـواء في بيئة الأسرة أو المدرسة أو الرفاق ، وهذا يتطلب تغيير اتجاهــات المحيطين بالمريض ، بجـــانب تغيـــير اتجاهـــات المريـــض تجـــاه المحيطين به . وهذا يتطلب إجراء جلسات علاجية لكل من المريض والمحيطين به ، والناتج عنهم حدوث الاضطراب لديه (الأســـرة ، المعلم ، الزميل ، الجيران .... الخ) .

ب- **علاج شخصي** : الذي يركز علي المريـــض نفســـه بمحاولـــة تحقيق توازن وتوافق من جوانب شخصيته (عقليـــة - انفعاليـــة -

جسمية) ، وتبصير المريض بأوجه النقص بداخله ومحاولة التغلب عليها بما يساعد علي تنمية قدرته علي تحقيق التوافق بين مطالبه الشخصية وبين مطالب المجتمع .

وعن دور **الأخصائي النفسي (المعالج النفسي)** في التشخيص في العلاج الاجتماعي فقد أوجزها فيصل خير الزراد في النواحي التالية:

أ- طاقات الهدم المؤدية إلي الاضطراب الاجتماعي في موقف المريض ، ويتطلب ذلك معرفة : المشكلة الأساسية وأعراضها و أسبابها وأثارها ، النواحي غير السوية في شخصية المريض ، نقاط الضعف عنده ، الحاجات اللازمة ، والنقص الكامن في إشباعها ، الاضطرابات في السلوك الاجتماعي داخل الأسرة وخارجها .

ب- طبيعة التغيير المراد إحداثه في شخصية المريض وفي موقفه ، وذلك من خلال معرفة : الغرض من العلاج الاجتماعي ، الأهداف المطلوب تحقيقها وتغييرها أثناء العلاج ، تحديد مراحل تطور الخطة العلاجية ، تحديد النواحي المطلوب علاجها ، تحديد أفضل الطرق لإحداث هذا التغيير .

ج- طاقات البناء والتكامل الاجتماعي ومصادرها ، من خلال معرفة : قوي المريض الشخصية ، القوي الموجودة في أسرته ، القوي الموجودة في بيئته الخارجية .

هذا ويفيد هذا النوع من العلاج مع المراهقين والأطفال وخاصة ممن يعانون من مشكلات كلامية مختلفة ، ومن يتعرضون لمشكلات

اجتماعية يصعب حلها ناتجة عن أسباب اجتماعية (كالبطالة ، أو الفقــر المادي ، والمشكلات الزواجية ، والطلاق .... وغيرها).

٢- العلاج الأسري البيئي

Family Ecolog therapy

هو منهج علاجي مصمم لوضع التدخــلات المهنيــة الصحيحــة المطلوبة لمساعدة العميل علي التعامل مع الأزمة ، وهو منهج يتعـــامل مع الضغوط التي تجمعت لتؤثر علي سوء التنظيم داخل ظروف نظـــام الأسرة ، والتي تظهر كأزمة في جزء واحــد مــن النظــام الأســرى ، ويتطلب هذا المنـــهج العلاجـــي تحديـــد الأدوات والوســـائل العلاجيـــة المستخدمة لوضعها موضع تأثير التدخــلات المخططـــة داخـــل معـــالم الاتصال الواقعية مع العميل ، داخل جلسات العلاج الأسري.

هذا وللعلاج الأسري أهداف متعددة منها :-

- مساعدة الأسرة علي كشف ومعرفة نقاط الضعف التي تؤثـــر فـــي علاقات وتفاعلات الأسرة.
- تحقيق التوازن للكيان الأسرى ومساعدتها لبلوغ أقصي مـــا يمكنـــها من أجل إشباع الحاجات الأسرية وحاجات أفرادها وتقويـــة بنائـــها ككل اجتماعيا ونفسيا واقتصادياً .
- تقوية وتدعيم القيم الاجتماعية للأسرة وتدعيم قواعدها ، ومســاعدتها علي ترك الجوانب والقيم السلبية التي تؤثر في بنائها السليم .
- مساعدة الأسرة علي رفع مســـتوي أدائـــها الوظيفـــي الاجتمـــاعي ومساعدتها لزيادة تماسكها .
- مساعدة أفراد الأسرة الذين لديهم مشاكل قد تحتاج إلي العمل معـــهم كأفراد لحل مشاكلهم .

ومن خلال ورشة عمل مقترحة في العلاج الأسري التي أجريت ضمن الندوة السنوية الثالثة للخدمة الاجتماعي في المجال الأسري " مستقبل آمن" والمنعقدة بمستشفي النساء والولادة بجدة اشترك في تنفيذها مؤلفة الكتاب الحالي ، فقد تم التوصل إلي أساليب للعلاج الأسري تتمثل في :-

١-أساليب رئيسية للعلاج الأسرى :-

أ- الجلسات الأسرية :

وهي نوعية متميزة من المقابلات - وهي أداة أساسية في إحداث التغيير في الأسرة وأعضائها - فمن خلالها يعاد تصحيح المشاعر الخاطئة ، ويعاد تشكيل الاتجاهات غير المرغوب فيها- ويستخدم المعالج الأسري خلال الجلسات الأسرية أساليب متنوعة التأثير علي الأداء النفسي والاجتماعي للأسرة ، وتعتبر علاقة أعضاء الأسرة بالمعالج مؤشراً واضحا لمدي هذا التأثير (جوهرى ، ١٩٩١ م - بشير ، ١٩٨٠م) .

ب- المقابلة المشتركة مع الزوجين :

تكون المقابلة المشتركة ضرورية في حالتين هما:

١-عندما تكون هناك مشكلة ما تتعلق بالاهتمامات المشتركة .

٢-عندما تكون المشكلة خاصة بموضوع الزواج ذاته من حيث دعائم استمراريته أو معوقات نجاحه .

فالمقابلة المشتركة في واقع الأمر مفيدة في معالجة مشكلة الزوجين لأنها تقرب عملية التفاهم بين الطرفين ، وتقوي نسق الأسرة وتعيد إليه التوازن والاستقرار .

وهي تحتاج إلي مهارة كبيرة من المعالج حيث يجب أن تتوافر فيه سمات خاصة ، فيجب أو يتسم باللباقة ،ودقة الملاحظة ،وعدم التهيب من مواجهة الانفعالات المتصارعة ، بالإضافة إلي توفر مهارتي قيادة التفاعل وتوجيه المناقشة (جوهر ، ١٩٩١ ، - عوض ١٩٨٥).

٢-أساليب أخري للعلاج الأسري:

أ- أساليب التدعيم :

وتشمل : التعاطف - التدعيم - التشجيع - الواقعية (جوهر، ١٩٩١م).

ب- أساليب الاتصال المتعددة :

فتح قنوات اتصال ، غلق قنوات اتصال ، تخفيف الضغط من علي بعض قنوات الاتصال ، زيادة تحميل بعض قنوات الاتصال ، تجنب الأحداث العارضة ، التركيز علي مضمون الرسالة ، اختيار الوقت المناسب للرسالة ، استقبال رد الفعل أو رجع الرسالة (علي ، ١٩٩١م).

ج. أساليب التأثير المباشر:

وتشمل : الايحاء - النصح - السلطة.

د- أساليب الإفراغ الوجداني:

وتشمل : الاستماع - تقدير المشاعر - حرية التعبير - التقبيل (جوهر ، ١٩٩١م - سعدان ، ١٩٨٠ م) .

هـ - أساليب التفاعل الوجداني :

خاصة : العلاقات بين الزوجين - تحسين العلاقات بين الأبناء - مستوي وشكل التفاعل بين الأبناء والآباء ، التفاعل بين الوحدة الكلية

للنسق السري ، التخالفات المرضية - كبش الفـداء - وهـو أن تلقـي الأسرة بهمومها ومشكلاتها علي شخص بـها (عـوض ، ١٩٩١ م ، جوهر ، ١٩٩١م) .

و- أساليب المناقشة المنطقية :

وتشمل : الايجابية - طرح أفكار جديدة - التوضيح - تصحيـح المشاعر - التفسير - ربط الحاضر بالمـاضي (جوهـر ، ١٩٩١م ، عوض ، ١٩٨٥م) .

ى- أساليب التوازن الأسري:

خاصة : تحديد الهدف - حصر الإمكانيات - تحديد الاحتياجـات - تصميم خطة التحرك - إنشاء التحالفات - تكسير المثلثات المرضيـة غير السوية - تنفيذ المهام - تحقيق الهدف - تقييم الأدوار (عـوض ، ١٩٨٥م) .

٣-العلاج باللعب

Play Therapy

ليست كل أساليب العلاج النفسي قائمة علي الكلمات وحدهـا ، فهناك اعتماد كبير علي استجابات الأطفال التلقائية وتعتبرهم عن الذات من خلال اللعب ، حيث يرى بعض علماء النفس أن اللعب أحد الميـول الفطرية العامة التي تنطلق فيه المشاعر النفسية والطاقة الغريزية فيمـا يقوم به من نشاط حر ، وأنه وسيلة مفيدة فـي دراسـة وتشـخيص وعلاج المشكلات النفسية خصوصا لدي الأطفال ، كما يفيد في عـلاج الأطفال المضطربين نفسيا.

ويحظى اللعب الأن باهتمام بـالغ مـن جـانب السـيكولوجيين التربويين من زاوية تأثير السلوك علي النمو النفسي المعرفي للأطفال.

وتشير وجهة النظر العلاجية إلي أن اللعب يعتبر وسيلة للتغلب علي المخاوف والقلق والتوتر ، كما أنه نوعا من الاستعداد يساعد الفرد علي التحكم في البيئة ، وان لعب الطفل مع أطفال أخرين يعطي الطفل الثقة بنفسه، مما يجعله أقل عدوانية تجاه الآخرين ، وأقل اعتماد علي البالغين ، كما يعطي اللعب للطفل الشعور بالبهجة والسرور من خلال مشاركته الاجتماعية مع الآخرين . (سوزان ايزاكسي).

ويقصد باللعب أي سلوك يقوم به الطفل بدون غاية مسبقة ، وهو أسلوب يعبر به الطفل عن نفسه ، ويفهم به العالم من حوله ، ويختلف باختلاف مراحل الطفولة .

فوائد اللعب النفسية:

- يكشف اللعب بالدمي عن أخاييل الطفل ، ويؤدي إلي الاستبصار بميكانيزماته العقلية ، ويعطي مفاتيح اللاشعور حيث يعبر عن المشاعر المضطربة عند الطفل .
- اللعب كميكانيزم إسقاطي يظهر علاقات الطفل ، مشكلاته ، ويلقي الضوء علي العلاقات الأسرية.
- يفيد تكنيك اللعب في الكشف عن الجوانب الخفية من الشخصية ، والجوانب الانفعالية والوجدانية لديه .
- تشير ميلاني كلاين إلي أن اللعب وسيلة يعبر فيها الطفل عن نفسه ويساعد علي تحليلها وتفسيرها.
- يمكن الاستفادة من مواقف اللعب في تحقيق تكيف الطفل وفي حل مشكلاته.
- أنه وسيلة طبيعية للتعبير عن الذات.

- يعتبر اللعب نشاط دفاعي تعويضي (التعويض عن أم لا تهتم بطفلها بتفضيل الطفل اللعب خارج المنزل).
- اللعب الإيهامي الخيالي المفرط دليل علي الفشل في التوافق مع الحياة الواقعية .
- اللعب الخيالي المعتدل يفيد في ملاحظة سلوك الطفل أثناء لعبه ، ويفيد في النمو الجسمي والعقلي والاجتماعي والوجداني ، وفي التشخيص ومعرفة المشكلات والصراعات والرغبات والحاجات والمخاوف.
- يفيد في اشباع حاجات الطفل إلي التملك وإلي اللعب .
- يمثل اللعب استكمالا لبعض أوجه النشاط الضرورية في حياة الطفل.

وقد ظهر للعب العديد من النظريات في علم النفس مثل نظرية الطاقة الزائدة ، التي تشير إلي أن اللعب عبارة عن تنفيس غير هادف للطاقة الزائدة عند الطفل .

وقد تخصص داخل العيادات النفسية حجرات خاصة للعب تضم لعبا مختلفة الأشكال والأحجام ، وعلي المعالج النفسي (والمرشد النفسي) أن يستخدم كل الممارسات الموجودة في الأشكال الأخرى من العلاج (أو الإرشاد) .

وهناك أشكال متعددة من هذا اللعب العلاجي منها علاج الراحة حيث يعبر الطفل عن قلقه وتوتره خلال استخدام مواد اللعب كالمكعبات وأدوات الرسم بالأصابع وصناديق الرمال ، وهو يهدف إلي تحرير الفرد من التوتر ، كما أن هناك علاج التحرير الذي يؤكد علي أهمية توفير فرص التعبير عن الانفعالات الحبيسة ، ولا سيما

النزعات العدوانية ، فـــي حجــرة اللعــب يســمح للطفــل أن يقــذف بالصلصال ، وأن يعبث بألوان الرسم أو يخلطها ، وأن يكسر الدمـــى ، وبذلك يستخرج مشاعره المعفمة خارج نظامه النفسي ، ويؤدي ذلك إلــي نتائج مفيدة (العيسوي).

ويفضل أن يختار المعالج ما يناسب عمر الطفل ومشـــاكله مــن ألعاب ، وأن يركز علي ملاحظاته للعب الطفل ، وعلي أهميـــة التعبــير الرمزي في لعب الطفل ، وقد يستخدم أثناء ذلـــك بعــض الاختبــارات الإسقاطية ، ويفضل أن يترك للطفل الحرية في اختيار نوع اللعب حسب رغبته دون تهديد أو خوف ، وقد يشاركه المعالج في اختيــار اللعبــة ، ويفضل أن يشترك الوالدان مع المعالج في علاج طفلهما .

وأوضح خير الزراد أن علي المعالج ألا يناقش الطفل في لعبــه ، و لايقدم له تفسيرات ، والطفل يلتمس شعوره بالأمان والطمأنينـــة فــي قدرته للتعبير عن مشاعره وأفكاره التي كان يخشي أن يعبر عنــها فــي حضور شخص كبير يخاف منه. كما أشار إلي أنـــه بإمكــان المعــالج التعرف علي بيئة الطفل الأسرية والنفسية والفكرية ، ويتوقف ذلك علــي نوع اللعبة والأداة المستخدمة في اللعب وقد صنفها إلي مايلي:

- يلعب الطفل بالرمل أو بالصلصال ليشكل منها أشكالا مهمة ومثيرة .
- يلعب الطفل بالسيارات والمحركات التي ترمز إلي القوة.
- يلعب الطفل بالبنادق والمسدسات والسيوف لترمز للعدوانية .
- وهناك اللعب التي ترمـــز إلـــي النواحـــي الإخراجيـــة كالحمامـــات والأحواض.

وعن فوائد العلاج باللعب : فقد أوجزها زهران علـــي النحـــو التالي:

-فرصة التعبير عـن الدوافـع والرغبـات والاتجاهـات والمشـاعر والصراعات ، والاحباطات وعدم الأمن والقلق والتنفيس الانفعـالي وإزاحة المشاعر مثل الغضب والعدوان إلي أشياء أخـري بديلـة ، مما يخفض التوتر الانفعالي لدى الطفل.

-يتعلم الطفل كيف يعبر عن خوفه وغضبه بصورة واقعية.

-يساعد الطفل علي الاستبصار عن متاعبه ومعرفة أسـبابها ، كمـا يعينه علي إيجاد حلول لها مع والديه وأخواته .

-يتيح فرص التعلم والنمو للطفل.

-تحقيق بعض الإمكانات التي لا يستطاع القيـام بـها فـي الحيـاة الواقعية .

-يفيد في الأغراض الوقائية.

٤-العلاج بالعمل

Occupational Therapy

يعتمد هذا النوع من العلاج علي توجيه طاقـة المريـض إلـي النواحي العملية حتي ينصرف عن الانشـغال بمشـكلاته الداخليـة ، وبحيث يشعرعندما يقوم بدور انتاجي بأهميته في الحياة ، ويجـب أن يتناسب العمل الذي يتم اختياره مع نوع مرضه وحدتـه ، وأهـم مـا يحققه العلاج بالعمل عند المريض النفسي اجتناب السأم والملل وتقليـل التوتر النفسي ، وعدم الانشغال بحياته العقلية الداخلية ، ويجعـل المريض أقل احتياجاً للمهدئات ، ويعمل علي تنشيط المريـض وبعـده عن الكسل ويرفع عن روحه المعنوية ، ويهئ لـه حيـاة اجتماعيـة

متفاعلة ، ويحسن من حالته . وقد يفيد هذا العمل مستقبلا حيث يؤجل المريض لحرفة جديدة قد تساعده بعد خروجه من المستشفي ،وبعد شفائه ،علي الاستقرار والانتاج ،أي أنه وسيله للتعبير والتنفيس ، ويهدف لشغل وقت المريض والمساعدة في عملية التشخيص والعلاج والتأهيل وليس الغرض المادي .

ومن أهم شروط العلاج بالعمل :

- أن يبدأ بالسهل مما يثير الحماس والاستمرار في العمل .
- التدرج في الصعوبة حسب استجابة المريض للعمل وتقبله له.
- ان يتحدد نوع العمل الملائم للمريض بمساعدة الأخصائي النفسي وأخصائي العلاج بالعمل ، حتي يتم اختيار نوع العمل وكمه ومدته بما يتناسب وقدرات المريض واستعداداته الداخلية وميوله وعمره الزمني ونوع مرضه .
- يستمر مزاولة العمل حتى بعد خروجه من المستشفي (طوال فترة النقاهة) حتي يمنع حدوث الانتكاس .
- هناك علاقة إيجابية بين درجة التحسن من المرض وبين مستوي الأداء في العمل والارتياح له ، حيث يدعم الثقة بالنفس لدي المريض ويساعده في أن يشعر أنه عضو فعال في المجتمع .

هذا ويعادل هذا النوع من العلاج عند الكبار العلاج باللعب عند الأطفال.

٥- العلاج بالفن

لقد أصبح الفن أحد وسائل العلاج النفسي والتشخيصي ، فالفن يعكس الانفعالات ويمتص شحنتها ، ومزاولته بجانب أنها تساعد في التشخيص فانها أيضا تساعد علي تحديد العلاج كمعاونة لفريق المعالجين من أطباء وأخصائيين في التحليل النفسي والاجتماعي.

والرسم أو التعبير الفني يمثل في بعض الأحيان بالنسبة للمريض الصفحة التي تمكنه أن يعكس عليها ألوان صراعاته ومكبوتاته، وما خفق في تحقيقه وتلك الألام التي يعاينها نتيجة ضغط المجتمع عليه وإغفاله وعدم الاعتراف بحاجاته ، فكأن الرسم أو التعبير الفني بوجه عام يعطي المجال للشخص كي ينفس بما يعاينه لا شعوريا ، عندما يعاني من عدم قدرته علي مواجهة نفسه ،وكذلك المجتمع الذي يعيش فيه ، فهو يعطي الفرصة بطريقة لا شعورية للتنفيس عن القوة المكبوتة التي لم تحقق حاجاته (محمود البسيوني) .

ويتيح الفن من الوجه العلاجية التعبير عن الذات وإسقاط صورة الذات وعالم الفرد ، فالفن لغة في حد ذاته يتيح الفرصة للتعبير المرح والجاد في نفس الوقت ، حيث يتم من خلاله تشكيل إنتاج جميل وغريب وسار وكئيب معبر طول الوقت .

وتتمثل أطراف العلاج بالفن في كل من المعالج والمريض ، ولابد للمعالج بالفن أن يتميز بالاهتمام بالمريض وحبه له ، وعليه مشاركة المريض عمليا ، وأن يتميز بالوعي بالذات ، وأن يتبنى أكثر من نظرية في العلاج النفسي ، ولا يتمسك بنظرية محددة ، كما أنه من الضروري أن يتميز المعالج بالحيادية ، وأن ينظر للمريض نظرة موضوعية .

ويبدو دور الفن كوسيلة علاجية في قدرته علي تحرير النفس الداخلية من العوائق وتحطيم الأقنعة وتجنب الدفاع الذاتي ، كما أنه يقلل من التوترات بإيجاد جو من الاسترخاء واكساب الفرد قوة تعويضية لإشباع الذات . ويتجه هذا العلاج إلي تأكيد الذات وتقبلها وإكسابها القدرة علي الاتصال بالآخرين بنوع من الثبات ، أي أن للفن الدور التنفيسي الهام للعديد من الانفعالات والهواجس المشحونة التي يعاينها المريض في حياته بسبب المكبوتات والضغوط الاجتماعية التي لم تسمح له بالتفاعل الحي لإظهار خباياها.

وأخيرا يستفاد من الإنتاج الفني في عملية التشخيص النفسي ويلاحظ أنه علي الرغم من أن خصائص الرسم والبحث يمكن أن تمدنا بمعلومات عن الحالة المرضية ، فإن المرضي ذوي التشخيص الواحد قد يختلفون في خصائص رسومهم مثل اللون والشكل والتركيز والحركة وغير ذلك (اجلال سري ، عبد الرحمن العيسوي ، عبد الستار ابراهيم ، محمود البسيونى) .

٦-العلاج عن طريق العون

Supportive Therapy

إن هذا النوع من العلاج لا يستخدم بمفرده لعلاج حالات مرضية لكنه يستخدم مع أساليب أخري للعلاج النفسي ، ويكثر استخدامه مع الأفراد الذين يعانون من نقص في الإمدادات والتدعيم ، وهو ما يطلق عليه حاليا المساندة للفرد ، وهو وسيلة علاجية إضافية من أجل إعادة التوازن الانفعالي للفرد ، ومحاولة خفض أعراضه المرضية في وقت أقل ، ولكنه لا يتدخل في إعادة بناء الشخصية ، ويمارسه كل من المدرس والأخصائي النفسي والاجتماعي ، والوالد ، والصديق .

وقد أوضح مصطفي فهمي أن هذا النوع من العلاج يتضمن عدة طرق أهمها:-

- التوجيه Guidance .
- تناول البيئة بالتغيير .
- الإيحاء بأهمية الشخص Prestige Suggession .
- الإقناع Persuation .
- الاسترخاء العضلي .

الفصل السادس

التطبيقات الإكلينيكية

لأساليب العلاج النفسي علي فئات إكلينيكية مختلفة

أولا: دراسات عربية .

ثانيا: دراسات أجنبية.

أولا: الدراسات العربية :

-**دراسة زينب شقير** : عن فعالية برنامج علاج معرفي سلوكي متعدد المحاور في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط (واشتملت العينة علي ٦ حالات ضابطة ، ٦ حالات تجريبية) وقد اشتمل البرنامج المقترح علي العديد من الفنيات هي : النمذجة ، المناقشة ، وتبادل الحوار ،التمثيل (لعب أدوار) ، الاسترخاء العضلي، التعزيز (التدعيم) ، الواجبات المنزلية ، واستغرق تطبيق البرنامج ١٢ جلسة في حضور الأم والمعلمة مع المتابعة من قبلهما في الفترة بين الجلستين ، وأسفرت النتائج بأن التدخل السيكولوجي وإجراء جلسات العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور كان له تأثيرا دالا علي تحسن العينة في كل من اضطراب الانتباه ، فرط النشاط ، العدوان ، الاندفاعية .

-**دراسة زينب شقير:** عن مدي فعالية بعض أساليب العلاج المعرفي السلوكي في علاج بعض حالات الشره العصبي من طالبات الجامعة ، واشتملت العينة علي ١٠ حالات ضابطة و١٠ حالات تجريبية ، واستخدام في البرنامج الفنيات التالية : الاسترخاء العضلي ، سجل بك اليومي لتسجيل الأفكار الخاطئة ومناقشتها ، اختبار الواقع ،بجانب الفنيات المعرفية التالية : علاج بديلى ، جدول الأنشطة السارة ، إعادة العزو ، تدريب معرفي ، لعب الأدوار ، اختيار الواقع ، الواجب المنزلي ، وقد كان للتدخل وإجراء جلسات العلاج المعرفي السلوكي مع المجموعة التجريبية التأثير الدال علي التحسن للعديد من المتغيرات : الشره ، الوزن ، صور الجسم ، الاكتئاب ، القلق ، حيث حققت النسب المئوية للتحسن معدلات

مرتفعة بتأثير العلاج المعرفي السلوكي مع المجموعة التجريبية .

- **دراسة زينب شقير:** عن فاعلية الإرشاد النفسي علي سلوك الخجولات من طالبات الجامعة بالمملكة العربية السعودية ، وقد ثبتت كفاءة البرنامج في خفض معدل كل من الخجل والشعور بالوحدة النفسية ، والعصابية ، وارتفاع درجة كل من الإنبساطية، وتقدير الذات ، والاجتماعية لدي عينة البحث .
- **دراسة محمد سعد حسين** : عن العوامل المرتبطة بالعدوان وأثر النشاط الرياضي التنافسي في تعديلها ، وأجريت الدراسة علي عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية طبق عليهم : مقياس MMPI ، ومقياس العدوان ، واختبار القدرة العقلية ، وأسفرت نتائج الدراسة عن تأثير البرنامج في خفض العدوان لدي العينة التجريبية.
- **دراسة إيمان أبورية** : عن أثر استخدام برنامج تكاملي للتدريب علي بعض فنيات التحكم الذاتي في تعديل سلوك فرط النشاط عند الأطفال وقد تمثل البرنامج التكاملي في تدريبات التحكم الذاتي متمثلة في تدريبات العائد البيولوجي لنشاط العضلات ، وتدريبات الاسترخاء ، في إطار نموذج تكاملي للتدريب يشمل الأباء (الأمهات) والمعلمين والطفل ذاته . وطبق البرنامج علي ١٤ تلميذة بالمرحلة الابتدائية ، وقد أسفرت نتائج الدراسة في مجملها علي فعالية البرنامج التكاملي في تعديل سلوك فرط النشاط التي تعكس توافقهم الكلي ،ووجهه الضبط عندهم ،مع انخفاض مستوي التوتر العضلي لديهم .

- **دراسة إيمان أبورية** : عن فعالية التدريب علـــي اســتخدام العــائد البيولوجى لنشاط العضلات الكهربي والاسترخاء في خفــض قلــق الامتحان علي عينة من طالبات الجامعة ، وقد أثبتت النتائج فعاليــة التدريبات المختلفة في اختزال قلــق الامتحــان وقيــم المؤشــرات الفسيولوجية المصاحبة له.
- **دراسة سيداحمد البهاص** : عن فعالية أسلوبي السيكودراما والقــراءة المتزامنة في علاج التلعثم ، وتم تطبيق النوعين من العــلاج علــي عينة من الأطفال المتلعثمين من معهد السمع والكلام بإمبابة ، وقـــد أكدت النتائج علي كفاءة البرنامجين العلاجين في خفض شدة التلعثــم عند أفراد عينة البحث .
- **دراسة محمد كامل** : للتعرف علي أهمية إعادة التعلم عـــن طريــق برنامج مقترح في التأثير علي بعض الاســتجابات الاكتئابيــة لــدي طلاب الجامعة ، وقد نجح البرنامج في رفع درجة التحكــم الذاتــي بمكوناته المختلفة لدي ذوي الاكتئاب التفاعلي ، وأن ذلك يؤدي إلـــي إزالة الأعراض النفسية للاكتئاب التفاعلي من جانب ، وإلي تحســين قيم المؤشرات الفسيولوجية التي تعكس استجابة الجهاز العصبي لدي هؤلاء الأفراد من جانب آخر.
- **دراسة احمد متولى** : حيث كان أهدافها تطبيق أسلوبين حديثين مـــن أساليب العلاج النفسي وهما : التدريب علي المهارات الاجتماعيــة ، والعلاج المعرفي السلوكي ، لتخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى طـــلاب الجامعة ، وقد أشارت النتائج إلي فاعلية واستمرارية الفاعلية لكـــلا البرنامجين منفردين أو مجتمعين في تخفيف الفوبيا الاجتماعية ، كما أثرا في تحسن الجوانب المعرفية والسلوكية والفسيولوجية الأخرى.

-**دراسة زكية درجات** : للتعرف علي التغيرات التي تطرأ علي الأطفال ذوى المشكلات الانفعالية من خلال فترة العلاج النفسي الموجه عن طريق اللعب - حيث أجريت الدراسة علي ١٥ طفلا (من ٦ - ١٢ عاما) ، وأسفرت النتائج عن حدوث تحول اتجاه الطفل المشكل أثناء العلاج من الاتجاه السلبي إلي الاتجاه الإيجابي ، ومن عدم تقبل الطفل لنفسه إلي تقبله لها ، وكذلك التحول الإيجابي نحو الآخرين ، وتحول سلوكه من الكراهية للمحيطين به إلي سلوك الحب ، ومن سلوك العدوان نحو الآخرين ونحو الأشياء إلي السلوك الخالي من العدوان ، كما تحول سلوك الطفل نحو الباحثة من المقاومة والتباعد والشك والعدوان ، إلي التقبل والتقارب والثقة والحب .

-**دراسة فريدة السماحي** : للتعرف علي أثر كل من العلاج الجمعي عن طريق اللعب ، وبرنامج التدعيم العلاجي علي سلوك وديناميات الأطفال الاكتئابيين . وكانت الدراسة ذات شقين ، شق تجريبي ، وشق كلينيكي ، وركزت الدراسة علي التشخيص الكلينيكي والسيكومترى للاكتئاب ، وأسفرت النتائج عن نجاح البرنامجين العلاجيين في تحسن حالات الاكتئاب لدي الأطفال ، والذي ظهر في حدوث استجابات دالة علي التحسن علي اختبار التاب بعد تطبيق البرنامجين ، كما أن التطبيق البعدي الثاني أثناء المتابعة قد أثبت استمرار حالة التحسن .

-**دراسة وفاء عبد الجواد وعزة عبد الجواد** : للتعرف علي فعالية برنامج لخفض السلوك العدواني باستخدام اللعب لدي الأطفال المعاقين سمعيا من ٩-١١ سنة ، وطبق علي العينة التجريبية

برنامج إرشادي (طبق في ٢٠ جلسة) تضمن الأنشطة الفنية (التشكيل بالصلصال ، والتركيب والحل ، وأنشطة الرسم) ، والدراما الصامتة (البنتومايم) ، والألعاب الحركية والتنافسية ، وقد أسفرت النتائج عن نجاح البرنامج في خفض العدوان ،وإثبات أن اللعب يمكن أن يوفر المناخ النفسي الملائم لنمو مهارات الاتصال والتعبير عن الأفكار والمشاعر لدي الأطفال الصم ،إذا اختيرت أنشطة اللعب الملائمة لاعاقتهم، والتي توفر لهم فرصا بديلة للتعبير عن النفس ، وتنمية مهاراتهم الاجتماعية ، مما يقلل من الإحباط ومن حدة نوبات الغضب لديهم .

- **دراسة خالد الفخرانى** : للتعرف علي مدى فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في مواجهته بعض الاضطرابات النفسية لدي المتطرفين ، وهي دراسة لحالة واحدة ، وقد أمكن تعديل التطرف الناتج عن جمل وأفكار خاطئة متمثلة في شخصية مضطربة ، باستخدام هذا النوع من العلاج الذي أدي إلي تبصير الحالة بحالته وتغير أنماط تفكيره ، وملاحظة ذاته وتعزيزها بطريقة منطقية .

- **دراسة ابراهيم الشافعى** : للتعرف أثر برنامجين مقترحين علي الاتجاهات التعصبية ، هي دراسة تشخيصية عاملية إرشادية ، وكان العلاج العقلاني الانفعالي أحد هذين البرنامجين طبق فيه نموذج وفنيات أليس ، وقد نجح البرنامج في رفع مستوي التفكير العقلاني لدي الحالات إلي أقصي درجة ممكنة ، والتخلص من أو خفض التفكير اللاعقلاني إلي أدني درجة ممكنة .

- **دراسة محمد الشيخ :** للتعرف علي أثر استخدام كل من العلاج العقلاني الانفعالي والتحصين المنهجي في تخفيف قلق الامتحان لدي طلاب الجامعة وقد أشارت النتائج إلي فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض قلق الامتحان ، وكذلك فعالية التحصين المنهجي.
- **دراسة عبد اللطيف عمارة :** للتعرف علي فاعلية استخدام العلاج العقلاني الانفعالي في تعديل وتصحيح الأفكار الخرافية لدي طلاب وطالبات الجامعة ، وتعديل سلوكياتهم في حياتهم اليومية تجاه هذه الخرافات ، وقد أدي تطبيق البرنامج علي عينة الدراسة إلي تصحيح المعتقدات الخرافية ، وتغيير الاتجاه نحو المعتقدات الخرافية ، وتنمية الاتجاه العلمي بل والسلوك العلمي لحل المشكلة ، وتعديل السلوك الخرافي في حل المشكلة.
- **دراسة فاطمة حنفي :** عن إعداد برنامج للعب الجماعي لخفض السلوك العدواني لدي أطفال ما قبل المدرسة ، وقد تضمن البرنامج مجموعة من الأنشطة المختلفة ، وأسفرت النتائج عن انخفاض السلوك العدواني لدي الأطفال بعد تطبيق البرنامج عليهم.

ثانيا: الدراسات الأجنبية:-

- **دراسة كلينيكية قام بها جوردي وأخر:** لدراسة الجسم وسلوك فرط النشاط لدى حالات ADHD ، وتم إجراء جلسات علاج نفسي مرة اسبوعيا لمدة عام ، وبعد عام ونصف تم تقييم سلوكهم ، فأظهرت النتائج تحسن في الأداء المدرسي لهؤلاء الأطفال ، كما انخفض سلوك فرط النشاط لديهم ، وأصبح هناك تنظيم سيكودينامى داخلي لديهم .

-**دراسة هورن وآخرون** : لاستخدام برنامجي التدريب علي ضبط الذات والتدريب السلوكي في خفض كل من سلوك فرط النشاط وقصور الانتباه لدي حالات الأطفال ADHD ، وتلقت مجموعة برنامج الضبط الذاتي ، والأخرى تلقت البرنامج السلوكي عن طريق الوالدين والثالثة تلقت البرنامجين معا ، وأسفرت النتائج عن تحسن المجموعات الثلاث ، إلا أن المجموعة الثالثة أظهرت تحسنا أفضل بسبب تعرضهم للبرنامجين معا.

-**دراسة هنا وأخر:** عن تطبيق أنواع مختلفة للعلاج النفسي تحتوي علي علاج فرد وأخر جمعي وهي: نموذج للقلق ، وعلاج نفسي سلوكي معرفي ، علاج نفسي لكلا الجنسين علي عينة من ذوي اضطرابات الأكل (ذوي الشره العصبي)، وقد أثبتت النتائج فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تكوين فكرة مقبولة عن سلوكيات الطعام لدي المرضي .

-**دراسة اتكينسون وزميله:** عن استخدام برنامجين لتعديل السلوك لمرتبط بتناول الطعام من أجل علاج السمنة المفرطة ، أحدهما ارتبط بإتباع أسلوب الرجيم ، والأخر برنامج يعتمد علي فنية الواجب المنزلي وتمرينات رياضية لاستهلاك الطاقة ، وتدريبات خاصة بتأكيد الذات ، وبعد تطبيق البرنامجين ، حدث انخفاض في الوزن ، كما أشارت النتائج إلي كفاءة البرنامج المعرفي السلوكي .

-**دراسة فاهي وأخرون :** في علاج حالات الشره العصبي للطعام وذوات اضطرابات الشخصية ، واستخدم منهج الملاحظة الكلينيكية ، وإتباع نظام غذائي يومي ، ثم طبق برنامج علاج سلوكي ، وبعد علم لوحظ تحسن في مصابات الشره ، والاستجابة للعلاج أكثر من حالات

اضطرابات الشخصية ، حيث انخفض الوزن وانخفض الاكتئاب لديهم.

-**دراسة كيرن** :عن تطبيق برنامج معرفي سلوكي بهدف انقاص الوزن لدي ذوات اضطرابات الأكل ، وقد ثبتت كفاءة البرنامج في خفض الوزن لدي العينة.

-**دراسة رونج بشيونج وزميله**: عن معرفة مدى فاعلية استخدام برنامج علاجي سلوكي جمعي لتعديل السلوك المرتبط باضطرابات الطعام ، وقد أقرت العينة فاعلية البرنامج المستخدم في تعديل السلوك المرتبط بتناول الطعام .

-**دراسة برامبيلا وزميله** : لتعديل ذوى فقدان الشهية باستخدام برنامج معرفي سلوكي مبنى علي فنية الواجبات المنزلية المرتبطة بتناول الطعام ، بالإضافة إلي برنامج طبي آخر ، واستمر البرنامج السلوكي لمدة ٤ أشهر ، وقد جدث تحسن وتعديل في سلوك الطعام لدي أفراد العينة .

-**دراسة فاهي وزميله**: علي عينة من حالات الشرة العصبي للطعام ، حيث ثم عمل مذكرة غذاء لكل حالة ، وكان يتم سؤال المريض عن الطعام الذي يتناوله فيستحث المريض ذاتيا بالتقيوء وأعراض الإسهال ، واستخدمت قوائم للملاحظة اليومية الأسبوعية ، وقد نجح البرنامج في تعديل الأفكار والمعتقدات السلبية لدي الحالات ، وصحب ذلك انخفاض معدل الشره المرضي للطعام.

-**قام ماركس** : بدراسة للتعرف علي تأثير العلاج السلوكي علي اضطراب الوسواس القهرى ، وأكدت النتائج التأثير الفعال للعلاج السلوكي في خفض درجة السلوك الوسواس القهري ،

والأفكار الوسواسية ، كما شمل التحسن كل من المعتقدات والأفكار والمزاج والعمل والتوافق الاجتماعي .

- **دراسة بوليك وأخرون:** الكلينيكية علي ١٣٥ سيدة مصابة بالشره العصبي ، حيث تم إجراء ٨ جلسات من العلاج المعرفي السلوكي ، وأستخدم أيضا برنامج التحكم بالتدريب علي الاسترخاء وقد ثبتت كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف القلق ، وخفض معدلات تناول الطعام ، وخفض درجة الاكتئاب ، وعدم إشباع حاجة الجسم للطعام .
- **دراسة آلدن :** لعلاج مجموعة مكونة من ٦٧ فردا ممن يعانون التجنب الاجتماعي ، وقدمت ثلاث معالجات : التعرض التدريجي لمواقف اجتماعية ، وتدريبات علي المهارات الاجتماعية ، والسعي إلي إقامة صداقات حميمة ، وقد أشارت النتائج إلي أن التدريب علي المهارات الاجتماعية قد ساهم بدرجة عالية في تحقيق قدر من الاجتماعية لدي المجموعة التي تلقت تدريبا علي المهارات الاجتماعية .
- **دراسة هابر وجرامر :** عن أشكال الاستجابات النفسية والفسيولوجية الناتجة عن عمليات الاسترخاء . وقد أجمعت النتائج علي أن تمارين الاسترخاء قد ساعدت في انخفاض نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي .
- **دراسة ألونسووروتان:** للتعرف علي أثر العلاج الجماعي في علاج الخجل ورفع مستوي احترام الذات لدي المراهقين ، وقد أسفرت النتائج عن نجاح البرنامج العلاجي في خفض الخجل وازدياد احترام الذات لدي عينة الدراسة.

- **دراسة جالوب :** للتعرف علي مدي فاعلية أحد برامج التدريب علي المهارات الاجتماعية لتخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدي طـــلاب يعانون من العزلة الاجتماعية ، وقد حقق استخدام أسلوب التدريــب علي المهارات الاجتماعية إسهاما كبيرا فـــي تخفيــف الإحســـاس بالوحدة النفسية في عديد من المجالات .
- **دراسة كينزى :** عن العلاج السلوكي القائم علي استخدام التعزيـــز لعلاج رد الفعل الاجهادي الناتج عن الصدمــــة (ptsp) ، واســـتخدام التعزيز الاجتماعي لتعديل سلوك المسترشد ، والعلاج الجمعـــي ، وبعض العقاقير الطبية في علاج اللاجئين الكمبوديين ، وأســـفرت النتائج أن هذه الأساليب العلاجية كانت تمثل أسلوبا فعالا في علاج رد الفعل الاجهادي الناتج عن الصدمات لعينة البحث .
- **دراسة كونيليوس وآخروين:** عن سلوك اللعب الاجتماعي المعرفـي لدي أطفال الروضة المعاقين سمعيا ، واستخدم أسلوب الملاحظـــة وتسجيلها بالفيديو خلال فترات اللعب الحـــر ، واســـتخدم مقيـــاس اللعب مع الأقران لهوز لقياس نتائج النمو للأطفال ولعبهم الذي تـــم تقسيمه إلي اللعـــب التفـــاعلي ، واللعـــب المتـــوازي ، والتبـــادل الاجتماعي ، وأوضحت النتائج أن الأطفال الذين يستخدمون لغـــة الإشارة كانوا يظهرون مستويات أعلي من سلوك اللعب الدرامـــي ، والاجتماعي ، والمعرفي مقارنة بالأطفال الذين يستخدمون أسـلوب الاتصال الشفوي.
- **دراسة فريد مان :** لاستخدام العلاج العقلاني الانفعالي فـــي تغيـــير الاتجاهات التعصبية وفقا لنموذج أليس ، وأجريت الدراسة علـــــي عينة من طلاب الجامعة ، وأسفرت النتائج عـــن نجـــاح العـــلاج

العقلاني الانفعالي في تعديل الاتجاهات التعصبية وخفض معدل التعصب لدي الطلاب.

- **دراسة باربارا اينوكامر وتوماس موريسون:** عن العلاج باللعب للأطفال المتخلفين عقليا، حيث طبق العلاج باللعب الفردي، والعلاج باللعب الجماعي علي مجموعتين من الأطفال المتخلفين عقليا ، وأسفرت نتائج الدراسة علي كفاءة نوعي العلاج باللعب (الفردي والجماعي) في زيادة مستوي النمو لدي الأطفال .
- **دراسة نيكول وباركر :** عن العلاج باللعب الجماعي لدي عينة من الأطفال الأحداث ، واستخدم الباحث تكنيك العلاج المستخدم عند روجز (العلاج غير الموجه) ، وقد أجرى الدراسات التجريبية (٦) من المعالجين من أجل نجاح البرنامج العلاجي.

الباب الرابع

التشخيص النفسي والإرشاد النفسي والعلاج النفسي لغير العاديين

الفصـــل الأول

- التشخيص النفسي لذوي الحاجات الخاصة.
- اتجاهات الإرشاد النفسي في تعليم ذوي الحاجات الخاصة.
- توجيه وإرشاد وتأهيل ذوى الحاجات الخاصة.
- نموذج لبرنامج التأهيل المتكامل.
- الإرشاد النفسي لأسرة الطفل غير العادي.

تشخيص وإرشاد وعلاج ذوي الحاجات الخاصة

هناك فئة من الأفراد كانت تعيش قديماً علي هـامش المجتمـع وتحيا حياة مضطربة في جو من الحرمان والإحباط ، وهي فئـة ذوي العاهات الجسمية والحسية والعقلية.

ومع تزايد صعوبات الحياة وتعقيدات الحياة الاجتماعيـة تزايـد عدد هذه الفئة ، وتزايدت الإصابات التي تؤدي إلي ظـهور العاهـات المختلفة ، وقد حظيت تلك الفئة باهتمام علماء النفس ، وبفضل يقظـة الوعي الاجتماعي بأهمية التدخل المبكر في حيـاة هـذه الفئـة التـي أصبحت تمثل عدداً من المجتمع لا يستهان به ، والذي يمكن الاسـتفادة منها في كافة الخدمات الاجتماعية المختلفة.

ولقـد اهتمـت المجتمعـات العالميـة والمجتمعـات العربيـة (والمصرية) بهذه الفئة من ذوي الحاجـات الخاصـة ، فقـد أسسـت جمهورية مصر العربية اتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين التـي تضم مئات الجمعيات الخاصة برعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، ثـم أفرد العالم شهر ديسمبر من كـل عـام للاحتفـال بـالمعوقين وذوي الحاجات الخاصة ، بجانب المؤتمرات ، والندوات ذات اليـوم الواحـد يقوم بها اتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقيـن بجمهوريـة مصـر العربية ، الأمر الذي يجعلنا لا نغفل عن تلك الفئة من فئات المجتمع.

وتتمثل الخدمات التي تقدم لهؤلاء الأفراد في استخدام خدمـات التشخيص والتقويم وفي وضع استراتيجيات محـددة لإرشـاد هـؤلاء الأفراد ، ولإرشاد القائمين علي رعايتهم كالأسرة والمعلم والمجتمـع ، وكذلك تتمثل في الخدمات العلاجية المختلفة التي تقدم لهم.

تشخيص ذوى الحاجات الخاصة:-

يمثل استخدام خدمات التشخيص والتقويم بشكل مكثف في مجـــال تربية ذوي الاحتياجات الخاصة ركيزة أساسية لأى جهد تربوي فعال.

وتتمثل صور تلك الخدمات في تطبيق برامج مقننة ، واختبـــارت جمعية وفردية ، وإجراء مقابلات وتسجيل ملاحظات ، وتصميم مواقــف تقييمية للأطفال الذين يمثلون مشكلات أكاديمية أو اجتماعيـــة أو نفســية حادة.

وقد أشار شاكر قنديل بأن الخطوة الأولـــي فـــي تقويـــم الطفـــل وتشخيصي جوانب القوة والضعف لديه ، وتبدأ عادة بتقرير إحالة مـــــن معلمه تتضمن بعض البيانات الأولية عن الطفل بالإضافـــة إلـــي قائمـــة وصفية لبعض سلوكاته ، مثل أنه منسحب ، أو متطرف في نشـــاطه ، أو غير منتبه ، أو ضعيف الدافعية ، أو بطئ التعلم .

وأن التشخيص عملية يترتب علي نتائجها قرارات خطيرة بالنسـبة لوضع الطفل في برنامج خاص ، أو تخليه عن الاستمرار في برنـــامج معين ، أو الإحالة لمزيد من الخدمة المتخصصة ، ولذا يجـــب أن يتـــم تنفيذه بعد تفكير عميق ، وبواسطة خبير يتفهم أهميته ، ودقة ما يـــترتب عليه.

وأضاف بأن عملية التشخيص يمكن أن تسلك أحـــد الاتجـــاهين الآتيين :_

أ- التشخيص الموجه نحو معرفة الأســباب ويســمى بالتشـــخيص السببي Etiological Diagnosis ويحاول من خلال إجراءات معينـــة أن يحـــدد أســـاليب الصعوبـــات ، وتنفيـــذه يتطلـــب خدمـــات طبيـــة

متخصصة ، مثل أخصائي أعصاب ، وعيون ، وأنف وأذن ، وطب أطفال بالإضافة إلي أخصائي نفسي .

ب- التشخيص العلاجي Remedial Diagnosis ويسعي هذا المنهج إلي تحديد مجموعة من القدرات التربوية والنفسية المحورية ، كي يؤسس عليها العلاج.

ومن عيوب هذين الأسلوبين في عملية التشخيص .

أولا: هناك مشكلات متعلقة بفلسفة التشخيص ، حيث يري أن هذا الاتجاه الأحادي في التشخيص يركز بالدرجة الأولي علي الطفل للتعرف علي أسباب مهمة خارج الطفل (مثل المنهج الدراسي ، وأسلوب التدريس ، والمحتوي فيما يتعلق بمشكلة التأخر الدراسي) كما أن هذا التشخيص يميل إلي تقويم جوانب الضعف ، ويهمل جوانب القوة في الطفل مما يمثل إجهاضاً لفاعلية التشخيص ، وتحديداً للفائدة التطبيقية الموجودة لخطة العلاج المقترحة للطفل ، وتحويل نواتجها لمواقف علاجية ضيقة الأفق .

ثانيا: مشكلات تتعلق بالقياس فهناك محظورات في استخدام الاختبارات ،أهمها أن هناك اختبارات تستخدم بدون تقييم لموثوقيتها ، وخطورة تعميم نتائج من عينات تختلف مواصفاتها عن عينة التقنين ، وكذلك المبالغة في استخلاص النتائج من درجات معينة ، والمبالغة في تعميم النتائج .

ثالثا: مشكلات التقويم : وهو يمثل الوظيفة النهائية في عملية القياس ، وله نمطان هما تقويم التلميذ كفرد ، ثم تقويم البرنامَج ، ويحتاج تقويم التلميذ إلي قياس بعدي في مهارات معينة ، كما

يحتاج تقديم البرنامج إلي قياس تقدم مجموعة من التلاميذ يشتركون في العلاج ، بمقارنتهم بمجموعة أخرى مشابهة لا يشتركون في العلاج وقد تكون لغة التقويم غير مرنة في المصطلحات الغامضة أو تكون العبارات الوصفية غير ذات معنى .

ويمكن إيجاز أسس وأبعاد هامة في مجال التشخيص في التربية الخاصة هي :

١-تبنى نموذج معايير لنمو الطفل ، للاستفادة به في عمليات الكشف المبدئي ، والتشخيص الشامل ، وتحديد مواطن التأخر أو التقدم لدي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .

٢-الاعتماد علي محكات متعددة في التعرف علي الحالات كالاختبارات المقننة وتقارير المعلمين ، والأداء الفعلي للأطفال ، وتقارير أولياء الأمور ، وتقارير المتخصصين .

٣-إعداد دليل للتشخيص يساعد الأخصائي في أداء دوره بفاعلية وكفاءة ، ويتضمن استراتيجيات التشخيص الصحيح ، وفنياته ، والأسس العامة والخاصة لاستخدام المقاييس والأدوات في التشخيص النفسي .

٤-توصيف بروفيل (صحة نفسية) بالاحتياجات الخاصة لكل حالة من حالات الفئات الخاصة في المدارس العادية ، أو فصول التربية الخاصة ، بما يسهل رسم البرامج لهم ، كما يسهل أساليب تنفيذ تلك الخدمات ، وتقويمها .

٥-توحيد المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في عملية التشخيص ، بحيث يمكن استخدام لغة متفق عليها بين العاملين في الميدان ،

وبحيث يصبح للمفاهيم معني واحد لدي المتخصصين والقائمين علي التنفيذ .

٦-إعداد نماذج للملاحظة والتقدير سهلة التطبيق يمكن استخدامها من قبل الأسرة والمعلمين ، تستخدم كوسيلة سريعة للتعرف والفرز الأولي للحالات الظاهرة .

٧-توسيع مداخل التقويم بحيث يتضمن متغيرات خارجة عن الطفل ، بحيث تتم المعالجة في مدى واسع من البدائل ومن خلال شبكة العلاقات في داخل المواقف .

٨-ينبغى الحذر من المبالغة في نتائج التشخيص ، وينبغي أن نعرف أن أقصي ما نستلخصه من عمليات التشخيص ، هو افتراضات ذكية لأسباب السلوك محل التشخيص ، ولكنها تعجز دائما عن تفسيره بصورة كاملة .

٩-التأكد من أن إجراءات التشخيص دقيقة ، حتي لا يكون هناك أطفالا يشخصون خطأ بأن لديهم صعوبات وهم ليسوا كذلك ، أو العكس .

اتجاهات الإرشاد النفسي في تعليم ذوي الحاجات الخاصة :

يهتم اتحاد هيئة رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية بضرورة التدخل المبكر Intervention في حياة المعوق سواء في التشخيص المبكر للعاهة أو في التوجيه والإرشاد أو في العلاج وتقديم يد المساعدة له.

وقد أجريت ندوة في مركز رعاية الفئات الخاصة بالقاهرة يوم الثلاثاء ١٩٩٨/١١/٢٤ بشأن التدخل المبكر ، وقدم شاكر قنديل ورقة عمل أشار فيها أن التدخل المبكر يمثل خدمة خاصة وحيوية تمس

حياة الأسرة ، في وقت تعاني فيه من ضعف مزدوج هما : ضعف بسبب مسئوليات طفل جديد ، ثم ضعف بسبب حاجات خاصة لطفل معاق ، وأن برامج الخدمات الاجتماعية ، والتى منها برامج التدخل المبكر تتأثر عادة بالاتجاهات الاجتماعية السائدة في أي مجتمع فيما يتعلق بالأفراد المعاقين .

وأشار بأن هناك اعتبارات تنظيمية لبرامج التدخل والتى تركز على:

- الأهمية القصوي للخبرة المبكرة .
- أن بيئة الطفل ، وخاصة أسرته تلعب دوراً خطيراً في تعلمه.
- ضرورة تحسين كفاية الأسرة ، مما يساعد في حل مشكلة الطفل المعاق .
- تحسين العلاقة الوالدية بالطفل المعاق ، والتى تمثل واجباً أساسيا في برامخ التدخل .
- لابد أن تتضمن أهداف التدخل المبكر ، أهدافا أكثر عمومية مثل صحة الطفل النفسية ، وتهيئة البيئة الأسرية ، إلي جانب الاهتمام بالجوانب النمائية للطفل .
- أفضل البرامج التدخلية هي التي تتكامل أهدافها مع الجهود المحلية وتستفيد منها ، وتوظف إمكاناتها ، وتقيدها وتدعمها ، وتستخدم الموارد المحلية المتاحة .
- أفضل البرامج هي التى تؤمن حياة طبيعية للطفل وسط أهله وذويه ثم تجنبه الهزات النفسية .

- لابد أن تشمل برامج التدخل ، تغيير نمو الطفل ، وأيضا تغيير في الأسرة من حيث الأداء الكيفي في علاقاتها ، ومدي قدرتها الاستقلالية.
- لابد من الوصول إلي تشخيص أكبر للحالة ، ولا تكتفي بمجرد تسمية الحالة .

وقد نوه كل من حامد زهران وفاروق صادق في تلك الندوة إلي ضرورة أن توفر الدولة الإمكانات اللازمة لهذا التدخل ، مع مراعاة الحالة الاقتصادية والمادية لأسرة المعاق. كما أشار سيد عثمان بأن هناك اتجاهات جديدة حول تقنين مجموعة من المقاييس التشخيصية لهؤلاء المعوقين لتفيد في التدخل المبكر لهم.

هناك فرصة لظهور لغة داخلية غنية وأكثر فهماً ، والتي يمكن أن يستخدمها المعاق سمعياً في التعبير عن النفس ، وذلك من خلال لغة منطوقة (أنا أحبها ، إنها ملكي).

وتتابعت الجهود المصرية في سبيل دمج المعوقين في مدارس العاديين مثلما حاول عادل خضر ومايسة المفتي في دراستهما عن دمج الأطفال المعوقين عقلياً مع الأطفال العاديين في بعض الأنشطة المدرسية ، ومحاولة التعرف علي أثر ذلك الدمج علي مستوي ذكائهم وسلوكهم التكيفي ، وأجريت الدراسة علي عينة من الطالبات ذوات العمر الزمني ١٢-١٩ سنة ، وبنسبة ذكاء ٢٥-٥٥ سنة ، وذلك بإدماجهم في فصول دراسية عادية بالمرحلة الإعدادية في الأنشطة الرياضية والموسيقية والفنية ، وبرغم ما جاءت به الدراسة من نتائج توضح عدم وجود فروق في أدائهم علي اختبارات الذكاء والسلوك التكيفي للمعاقين مقارنة بأداء مجموعة ضابطة مماثلة قبل وبعد

الدمج ، إلا أنهما ناديا بضرورة تنفيذ برامج الدمج بالأطفال صغار السن لأن ذلك سيكون ذا أثر إيجابي في تعديل سلوكهم سئ التوافق ، وأنه كلما كانت فترة الدمج أطول ، كلما كان ذلك أكثر فائدة ، ويفضل الدمج بين أطفال في نفس العمر الزمني.

ونختتم بمحاولة حديثة للدمج بمحافظة الشرقية بجمهورية مصر العربية قامت بها إيمان كاشف و عبد الصبور منصور حيث هدف الباحثان من دراستهما إلي التعرف علي مدي نجاح تجربة قامت بها مديرية التربية والتعليم بمحافظة الشرقية ، تحت إشراف إدارة التربية الخاصة ، لتطبيق التجربة في بعض المدارس العادية ، وذلك في بعض المراكز علي مستوي المحافظة ، بهدف التعرف علي مدي نجاح أو فشل هذه التجربة ومن ثم تعميمها علي مستوي المحافظة ، وكان الهدف من هذه التجربة :-

- تقديم الخدمة للطلاب بمواقعهم وبجوار سكنهم .
- دمج المعاقين مع العاديين كاتجاه تربوي حديث.
- التخفيف علي مدارس العاصمة والأقسام الداخلية ، وخفض تكاليفها الباهظة ، وتمت التجربة في مدارس المرحلة الأولي من التعليم الأساسي (الابتدائي) ، وعندما يصل الطفل إلي المستوي الثاني من التعليم الأساسي (الإعدادي) ينتقل إلي معهد التربية الفكرية ، ومعهد الأمل بالزقازيق ، تضمنت التجربة دمج الاعاقتين العقلية والسمعية ، وقد تكونت عينة الدراسة من المديرين ، والنظار ، والمدرسين ، والمشرفين ، والأخصائيين الاجتماعيين ، والأخصائيين النفسيين القائمين علي العملية التعليمية بمحافظة الشرقية ، بجانب مجموعة من الأطفال العاديين بالصفين الرابع

والخامس الابتدائي وآبائهم ، وكذلك أباء الأطفال المعاقين الملحقين بنفس مدارس العاديين ، وطبقت عدة استبيانات تختص بعملية الدمج..

أسفرت الدراسة عن العديد من النتائج منها:-

- الدمج كان جزئي فهو عبارة عن فصول خاصة ملحقة بالمدرسة.
- هناك بعض المدارس لا يتم فيها أي نوع من الدمج حيث يوجد حائط يفصل بين المعاقين والأسوياء.
- بعض مديري المدارس الرافضين للفكرة يصرون علي الفصل التام بين المدرسة العادية وفصول المعاقين ، طابور الصباح ، الفسحة ، الأنشطة.

وأسفرت نتائج الدراسة أن هناك نتائج إيجابية وأخرى سلبية للتجربة ظهرت بعد مرور عام دراسي كامل .

تتمثل النتائج الإيجابية في الآتي:

أولا:نقل الخدمة التعليمية لمكان إقامة المعاق مما يشجع أولياء الأمور علي إرسال أبنائهم للمدرسة .

ثانيا:عدم عزل المعاق عن المجتمع .

ثالثا:تهيئة المعاق للاندماج في الحياة الطبيعية .

رابعا:التخلص تدريجياً من نظرة الإنسان العادي (السلبية) إلي المعاق.

خامسا: تنمية روح الحب والثقة وخلق لغة التفاهم بين الطفل المعاق والطفل العادي.

سادسا: كسر حاجز الخوف لدي الطفل العادي من التعامل مع زميله المعاق.

سابعا: اكتشاف المواهب والقدرات التي يمتلكها المعاق وتظهر في تفاعله مع الطفل العادي .

ثامنا: أنها غير مكلفة مادياً ، وأنها خفضت العبء علي المعهد الأساسي.

تاسعا: تخفيف الأعباء عن أولياء الأمور.

عاشراً: تنمية إحساس التلميذ العادي بالمسئولية تجاه زميله المعاق.

وكانت أهم النتائج السلبية لتجربة الدمج :

أولا: يتطلب ذلك منهجين دراسيين متوازيين ، أحدهما يوجه للأطفال العاديين وغير العاديين علي حد سواء ، ويوجه الآخر للأطفال غير العاديين بصفة خاصة.

ثانيا: يتطلب ذلك توفير عدد كبير من المدرسين الأخصائيين والمرشدين النفسيين المتخصصين في مجال الإعاقة ، للتعامل مع أعداد قليلة متناثرة من الأطفال غير العاديين في المدارس العادية المتباينة.

ثالثا: يتطلب ذلك كفاءة عالية وحساسية مرهفة من المدرسين التقليديين والمرشدين النفسيين حتي يتمكنوا من التعامل مع الأطفال غير العاديين الموجودين عندهم في فصولهم النظامية بالمدرسة العادية.

رابعا: يتطلب ذلك رعاية كبيرة وعناية مركزة وعدالة في المعاملة من قبل فريق التوجيه النفسي بالمدرسة ، المتضمن للإدارة المدرسية والمدرسين والأخصائيين الاجتماعيين والمرشدين النفسيين ،عند تعاملهم مع كل من الأطفال العاديين والأطفال غير العاديين حتى لا تنشأ حساسية بينهم ، نتيجة لأي تفرقة لو كانت غير مقصودة.

خامسا: يتسبب ذلك في تعطيل سير المنهج الدراسي بالطريقة المتعارف عليها ، نتيجة لعدم تكافؤ القدرات التحصيلية بين

الأطفال العاديين والأطفال غير العاديين ، مما يؤدي بالضرورة إلي إحداث تأثير عكسي علي النمو التحصيلي للأطفال العاديين .

سادسا: يتسبب ذلك في خلق اتجاهات غير صحيحة بين الأطفال العاديين والأطفال غير العاديين كل نحو الأخر، بما فضل الله به بعضهم علي بعض ، وبما تسبب فيه بعضهم من عرقلة للمسيرة الدراسية للبعض الآخر.

سابعا: يتسبب ذلك في خلق اتجاهات غير صحيحة عند أولياء الأمور والآباء تجاه العملية التربوية ، وإمكانية تحقيق أهدافها لأطفالهم العاديين ، بسبب وجود الأطفال غير العاديين معهم في مدرسة واحدة ، بل في نفس الفصول الدراسية التي تجمعهم معا.

ثامنا: يتسبب ذلك في نتائج سلبية بالنسبة للأطفال العاديين ، حيث يقلد أغلبهم رفقائهم غير العاديين في سلوكياتهم الشاذه لما تفرضه عليهم ضرورة وجودهم معهم ، بدلا من غير العاديين لرفقائهم العاديين كما يأمل أنصار البيئة الطبيعية .

تاسعا: قد يتسبب ذلك في فشل العملية التربوية بأكملها ، وفي عجزها عن تحقيق أهدافها فلا يستفيد منها الأطفال العاديون ، ولا يستفيد منها الأطفال غير العاديين لعدم تخصصها وتركيزها في مسار تربوي واحد.

ويستند أنصار البيئة الخاصة في تدعيم موقفهم وتعزيز وجهة نظرهم بما يعرضونه من نتائج الدراسات والبحوث الكثيرة التى أجريت في مجال المعاقين والتي أفادت أغلبها بما لا يدع مجالا للشك بأن البيئة الطبيعية التي يطالب أنصارها بتوفيرها للأطفال

غير العاديين في رحاب المدرسة العادية لم تحقق أية نتائج ملحوظة مع بقية الأطفال الذين تخطوا دراساتهم إلي الصف الثالث الابتدائي ، وإلي ما بعد ذلك من مراحل تعليمية . ويمكن الرجوع إلي كثير من الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال ، ومنها علي سبيل المثال تلك التي أجريت بواسطة كل من فريدريكس وأخرون (Fredericks & others.1978) وكانترل وكانترل (Canterell & Cantenell,1976) وجوتليب وباكر (Gottlib &Baker, 1975) وغيرهم الكثيرين).

توجيه وإرشاد وتأهيل المعوقين

يعنى بالتأهيل إعادة التكيف أو إعادة الإعداد للحياة ، هذا وللتأهيل جوانب مختلفة:

التأهيل الطبي:-

أي استعادة أقصي ما يمكن توفيره للمعاق من قدرات بدنية ، مثل حالات بتر الأطراف ، ويكون تأهيلها طبياً هو إمداد المصاب بالأطراف الصناعية بعد جراحة البتر ، وتدريب عضلاته علي تحمل الطرف الصناعي ، وتدريب توازنه العصبي العضلي علي كيفية استخدام الطرف في مستوي الحياة العادية.

هذا وللتأهيل جوانب مختلفة:

التأهيل النفسي:

وهو إعادة تكيف العميل من الناحية النفسية ، وهي مهمة الأخصائي النفسي بالتعاون مع الأخصائي الاجتماعي أو أخصائي التأهيل . وقد يتطلب الأمر الاستعانة بالطبيب النفسي ، إذا حدث اشتباه في مرض عقلي .

التأهيل الاجتماعي:

إذا كانت بيئة المعاق أو ظروف أسـرته أو عملـه أو علاقاتـه الاجتماعية والإنسانية في بيئته هي سبب الاختلال في إعاقة تكيفه مـع المجتمع الذي يعيش فيه ، هنا يتم إعادة تكيف العميل مع بيئته سـواء الأسرية أو العملية أو في المجتمع الخارجي حتـى يمكنـه التعـايش الإيجابي مع المجتمع من حوله .

التأهيل المهني:

وذلك في حالة ما إذا كان اختلال تكيف الإنسان للحياة هو فقـد وظيفته التي يرتزق منها أو عجزه عن الاستمرار في ممارسة مهنته .

وتكون مهمة التأهيل المهني هو إعـادة التكيـف مـن الناحيـة المهنية ، سواء كان العميل مصاباً بالعجز في صفاته ، أو كان المعـوق هو الشخص الذي أصيب بعجز في قدراته البدنية أو العقلية (إسـماعيل شرف). بجانب التأهيل الطبي ، والتأهيل التربوي وغيرها.

التأهيل المهني للمعوق:

هو ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة المترابطـة الـذي ينطوي علي تقديم الخدمات المهنية ، كالتوجيه المـهني ، والتدريـب المهني والتشغيل ، مما يجعل المعوق قادراً علي الحصول علي عمـل مناسب والاستقرار فيه.

وتختلف أنواع التأهيل بحسب حالات الأفراد المعاقين ، وقد حدد قانون التأهيل رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بأن التأهيل يشمل تقديم الخدمـات الاجتماعية ، والنفسية ، والطبية ، والتعليمية ، والمهنية ، التـي يلـزم توفيرها للمعوق وأسرته ، لتمكينه من التغلب علي الآثار التي تخلفـت عن عجزه.

ويختلف برنامج التأهيل من فرد لآخر فهي عملية فردية تواجه احتياجات الفرد لتمكينه من الاندماج في المجتمع ، لذلك تشتمل مكونات البرنامج علي الآتي:

التكيف المهني - التكيف الشخصي - التكيف الاجتماعي.

وتتمثل أهم الاتجاهات في تأهيل المعوقين في مصر ، في ضمان استمرارية الحفاظ علي الحياة الطبيعية التي هي حق لكل معوق ، واندماجهم في مناشط المجتمع المختلفة ، وهذا يتطلب مواجهة التغيرات التي حدثت في المجتمع باتجاهات حديثة في عمليات التأهيل لتشمل تأهيل المعوقين تأهيلاً شاملاً ، يغير من نظرة المجتمع نحوهم وتقبلهم بين أفراده منافسين بالكم والكيف ، لذلك قامت وزارة الشئون الاجتماعية بإجراء العديد من البحوث العلمية ، والتي كان من نتائجها تحقيق التأهيل الشامل للفئات المختلفة من المعوقين ، ومن أهم ما قامت به من بحوث:

- بحوث خاصة بحالات روماتيزم القلب.
- بحوث لتعليم الصم وضعاف السمع بالطرق اللفظية واليدوية.
- إعداد قاموس لتوحيد لغة الإشارة للمصطلحات الأساسية.
- استخدام الذبذبات الصوتية لتعلم الكلام لضعاف السمع.
- توفير المعينات البصرية لضعاف البصر مما يساعدهم علي الاندماج في مناشط الحياة.
- إعداد برنامج متكامل لتأهيل حالات التخلف العقلي في جميع الأعمار.
- تأهيل الحالات شديدة العجز بمؤسسات خاصة.
- إدخال نظام الهندسة التأهيلية في صناعة الأجهزة التعويضية وتعديل أدوات التدريب وأماكن التدريب.

- علاج حالات عيوب النطق والكلام.
- إعداد برنامج للتأهيل المنزلي.
- برنامج إعداد مستشارين للتأهيل (منجدة بيدق).

ويجب الأخذ في الاعتبار أن عملية التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي تشمل عدة جوانب ، تبدأ بالجراحة ، ثم الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية ، ويمكن سرد **أنماط التأهيل** هذه فيما يلي:

- تقديم الخدمات المساعدة ، وتشمل العلاج المهني والعلاج الطبيعي والتمريض.
- تقديم الوسائل التعويضية ، وتزويد المعاق بها.
- قياس قدرته علي تحمل العمل في المهن التي يختارها.
- التدريب علي الرعاية الذاتية والقدرة علي التحرك في المواصلات للمعاقين بدنيا.
- الإرشاد النفسي وكيفية جعل المعاق يتقبل عجزه ، وكيفية تحقيق ذاته من خلال الإرشاد والتوجيه الذاتي.
- مساعدة المعاق علي أن يتعايش مع المجتمع وتحسين المجتمع لتقبل المعاق ومساعدته.

عملية التأهيل المهني:

تمر في مراحل ثلاث:

أ- التوجيه المهني:

ب- التدريب المهني.

جـ- التشغيل ، ثم المتابعة لضمان الاستقرار في العمل.

أ- التوجيه المهني:

يقصد به معاونة الفرد الوصول إلي قرارات حاسمة تتعلق بشئونه الخاصة لحل مشاكله ، وفي مجال التوجيه المهني تقوم بمعاونة الفرد علي تفهم نفسه ، من حيث الكشف عن قدراته وبقية صفات شخصيته التي يمكن استغلالها بأقصى طاقة ممكنة في عمل أو مهنة تعود عليه.

وهذا معناه أن توجيه الأفراد إلي مهنة ما لا يكون علي أساس القدرات العقلية وحدها ، بل علي أساس القدرات والإمكانيات الجسمية أيضا ، والفرص التي يمكن أن توجد أمامهم في البيئة والأشخاص الذين يعملون معهم. وهذه العوامل تتضمن نواحي سيكولوجية كالذكاء ، والتحصيل الدراسي ، والصفات الشخصية ، والميول ، والاتجاهات ، ونواحي اجتماعية كالظروف العامة والمسئوليات علي أن تكون هناك لجنة متابعة المعوقين لحين استقرارهم مهنيا واجتماعيا.

وسائل التأهيل المهني للمعوقين:

تنفذ عملية التأهيل المهني بإحدى وسيلتين:

أ- **مكاتب التأهيل المهني**: تعد أحسن الوسائل وأجدرها ، وأقلها تكلفة ، وتشمل أخصائي اجتماعي يستقبل المعوق ، ويتحقق من عجزه ، والتعرف علي ظروفه ، ويستعين بالخدمات العادية الموجودة في البيئة لفحصه طبيا واختباره نفسيا ومهنيا ، ثم وضع خطة التأهيل التي ترسم مستقبل حياته المهنية والاجتماعية ، وإشراف الأخصائي الاجتماعي علي تنفيذ هذه الخطة والتدريب علي العمل ، وتعيينه ومتابعته حتي يستقر المعوق في عمله.

ب- **مراكز التأهيل**: يقيم فيها المعوق حيث يجد جميع الخدمات المشار إليها متوفرة داخل المركز ، من عيادات طبية ونفسية ومهنية

وأماكن للتدريب المهني والعلاج الطبيعي ، وبعض المصانع للتشغيل بعد الانتهاء من التدريب المهني ، وهي نوعان:

- داخلية كاملة.
- نصف داخلية.

ويفضل النوع الثاني من المراكز ، حيث أن نظام النصف داخلية تتميز بالآتي:

١-عدم عزل المعوق عن بيئته الطبيعية عزلا كاملا.

٢- إتمام عملية التأهيل في مدة أقصر.

وتستخدم هذه المراكز في حالة تعذر الاستعانة بمكاتب التأهيل ، أو كانت الحالة تتطلب الالتحاق بمركز التأهيل لوجود إصابة جسمية خطيرة تمنعه من الذهاب يوميا للمكتب ، أو في الحالة التي تحتاج إلي مراقبة مستمرة (حالات الصرع والهستيريا) ، والحالات التي تحتاج إلي علاج طبيعي ، والحالات البعيدة عن مكان مكاتب التأهيل ، وحالات الفقر الشديدة وغيرها.

وتتميز مكاتب التأهيل عن المراكز بما يلي:

- قلة التكاليف.
- فرص التوجيه المهني أوسع.
- الصلة الوثيقة بالبيئة.
- سهولة التدريب ، حيث تتوفر في البيئة العادية إمكانيات التدريب في كافة مجالات العمل.
- سهولة تغيير الأخصائيين.
- سهولة التشغيل بعد إتمام التدريب (إسماعيل شرف).

نموذج لبرنامج التأهيل المتكامل:

أجرت الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعي للمعوقين بوزارة الشئون الاجتماعية دراسة حول إمكانية إدماج المكفوفات في أنشطة المجتمع من خلال برامج التدريب حيث اختبرت عينة متماثلة قوامها ٧٥ كفيفة ، وأعد لها برنامج تجريبي للتأهيل الشامل علي النحو التالي:

١- برنامج إعداد ما قبل التدريب " تمهيدي ".

٢- تقديم خدمات معاونة مثل خدمات طبية - اجتماعية - مساعدات مالية - مشورة وتوجيه نفسي فردي وجماعي.

٣- برنامج لمحو الأمية والثقافة المهنية.

٤- برنامج للتدريب علي ممارسة الحياة اليومية وخاصة التدبير المنزلي ، بصفته عاملا هاما في حياة المرأة.

٥- برنامجا لعلاج تشوهات القوام والتربية الرياضية.

٦- برنامج لشغل أوقات الفراغ.

وبعد ٦ شهور قسمت المجموعة إلي ٣ مجموعات فرعية:

مجموعة أ- يتم تدريبها بالمؤسسة مع الإقامة الداخلية.

مجموعة ب- تقيم مع أسرتها بمنازلها وتخرج يوميا للتدريب بالمؤسسة علي المهنة المتاحة لها.

مجموعة جـ- تقيم بمنازلها وتخرج يوميا للتدريب المهني داخل شركات وسط العمال في جو طبيعي للعمل.

وقد أعدت مقاييس للتقييم أثناء العمل ، وكان من نتائج البحث ما يلي:

اتضح أن المجموعة التي تلقت خدمات مكملة للتأهيل مثل برامج التكيف الشخصي وممارسة الحياة اليومية ... ثم دربت مهنيا بالجو

الطبيعي للعمل كانت أكثر المجموعات اندماجاً و١٥ % من مجموعة الحالات تزوجت بزملاء لها في العمل.

تليها في التوافق المجموعة (ب) ، التي كانت تدرب بالمؤسسة وتخرج يومياً تستخدم المواصلات العامة وتمارس العلاقات الاجتماعية مع أفراد المجتمع.

وجاءت المجموعة (أ) في الدرجة الثالثة في التكيف والاندماج في المجتمع ، ويدل ذلك علي أنه من الضروري تضمين برامج التأهيل برنامجاً للتكيف المهني والشخصي ، وكذا التأثير الإيجابي للتدريب وسط الجو الطبيعي للعمل مع باقي العمال علي الاندماج المقبول من أفراد المجتمع (منجدة بيدق).

الإرشاد النفسي لأسرة الطفل غير العادي

Counseling the family of the exceptional Child

تفيد التقارير التاريخية أن الخدمة الاجتماعية تبنت المشكلات التي تتعلق بالعلاقات الأسرية والتفاعلات الشخصية بصورة تقليدية منذ القدم. ولا غبار علي ذلك ، إن إسهامات الخدمة الاجتماعية في مثل هذه المشكلات لا يمكن أن ينكرها أحد ، ولا يجوز لأي فرد أن يعترض عليها حيث تعتبر الأسرة في أشد الحاجة إليها ، وبالتالي يجب تدعيمها ومساندتها حتى تواصل إسهاماتها في ذلك المضمار بالكفاءة الموجودة منها. ولكن يجدر الإشارة إلي الفروق الجوهرية بين مضمون الخدمة الاجتماعية وجوهر الخدمة النفسية. إن الخدمة الاجتماعية تتناول الأسرة في محيط البيئة التي تعيش فيها حيث تركز أنشطتها وتوجه اهتماماتها ، ولكن الخدمة النفسية تتناول الأسرة من جانب شخصية كل فرد فيها وتأثير سلوكياته علي غيره في نطاقها.

ومن ثم ، لا يمكن أن تقوم أيهما بأعبائها بمعزل عن الثانية لأنـهما مكملتان لبعضهما البعض ، ومدعمتان لأهدافهما المشتركة.

ويستهدف الإرشاد النفسي لأسرة الطفل غير العادي التعامل مـع شخصية كل فَرد فيها من أجل تعديل سلوكه نحو الأفضل حتى يتحقـق التوافق السوي بين تفاعلاتهم الشخصية في نطـاق علاقاتـهم الأسـرية بشكل جيد. ومن ثم عندما يقف الإرشاد النفسي عند الطفل غير العـادي فقط دون أن يمتد إلي جميع أفراد أسرته ، فإنه بحق يكون قاصراً فـي تحقيق أهدافه الكلية.

إن المحاولات الإرشادية التي تتناول كل فرد داخل هـذه الأسـرة علي حدة دون التعرض لها باعتبارها وحدة كلية متماسكة ، تكون أيضـا عاجزة عن التقدم خطوة واحدة في سبيل إتمـام الإنجـازات المنشـودة منها ، لذلك يجب علي الإرشاد النفسي أن يتعامل مع الأسـرة بصـورة متكاملة متناولا التفاعلات الشخصية بين أفرادها في نطـاق العلاقـات الأسرية مع بعضهم.

وبمراجعة بعض الدراسات التي وردت في حقل الإرشاد النفسـي للأطفال غير العاديين نجدها لم تشر إلي مجهودات تذكر ، أو محـاولات جادة في تقديم خدمات إرشاد مدروسة من أجل مساعدة أطفالـهم غـير العاديين علي التوافق السليم مع أنفسهم ومع من يخالطونهم. ذلك نتيجـة عدة عوامل لعل أهمها جميعا الفشل الذي أحاط بربط الإرشـاد النفسـي للطفل غير العادي بالإرشاد النفسي للآباء ضمن خطة إرشـادية كاملـة متكاملة للأسرة كلها باعتبارها وحدة متجانسة ومتماسكة.

ويعترف أكرمان (Ackerman) بالعوامل التي أدت إلي عرقلـة المجهودات المتعلقة بإرشاد الأسرة التي تحتضن طفـلاً غـير عـادي

باعتبارها وحدة متجانسة ومتماسكة ، ومن خلال ملاحظاته المهنية في معهد التوجيه النفسي للطفل (The Child Guidance institute) الذي كان يعمل به ، حيث ذكر أن أمهات الأطفال غير العاديين يردن أن ينقلن مشاعرهن المشحونة بالرغبة في عقابهم لسلوكياتهم غير السوية إلي مرشديهم النفسيين ودفعهم ليكونوا وسطاء لاتجاههن العقابي نحو أطفالهن فبدلاً من تعاون هؤلاء الأمهات مع المرشدين النفسيين لحل مشكلات أطفالهن غير العاديين فإنهن تسببن في مضاعفة هذه المشكلات بسبب ما يكبتنه من مشاعر الغضب نحوهم. ومن ناحية أخري وجد أكرمان (Ackerman) إن عدداً آخر من الأمهات اللاتي يجدن أنفسهن علي مشارف اكتساب خبرة إرشادية جماعية سرعان ما يتحولن من الرغبة في مساعدة أطفالهن إلي الرغبة في مساعدة أنفسهن حيث ينشغلن عنهم بأمورهن الشخصية ومشكلاتهن الاجتماعية مع أزواجهن ورؤسائهن في العمل ، مهملات لمشكلات أطفالهن ومهتمات بمشكلاتهن الخاصة ، مستغلات وجودهن في المقابلات الإرشادية الجماعية للاستفادة منها بأقصى درجة ممكنة لمصلحتهن الشخصية. ومن ثم ، تتعرقل الجهود التي يبذلها المرشدون النفسيون من أجل إرشاد الآباء إلي كيفية التعامل مع الأبناء.

لما كان الطفل غير العادي لا يمكنه أن يعيش مع أسرته فقط في نطاقها المحدود بمعزل عن مدرس يعلمه ويدربه علي كيفية التوافق السليم مع عجزه وإعاقته حتى بمعزل عن مدرس يعلمه ويدربه علي كيفية التوافق السليم مع عجزه وإعاقته حتى يتمكن من ممارسة أدواره العادية في الحياة بصورة طبيعية ، فإن المرشد النفسي الجيد والكفء في عمله لا يهمل دور المدرس في تنمية قدرة الطفل غير العادي علي

مواجهة المشكلات الناتجة عن إعاقته. لذلك فإن الاستراتيجية الإرشـادية الشاملة التي يضعها المرشد النفسي في مجال الطفل غير العادي يجـب أن تتعدى نطاق الأسرة التي يعيش في كنفها لتشمل أيضاً دور المـدرس المدرب في رعاية هذا الطفل ومدي تأثير هذا الدور علي علاقـة هـذا الطفل غير العادي بأفراد أسرته. وبناء عليه ، يضع المرشد وولي أمـره ومدرسه ، علي أن تكون الاستراتيجيات الثلاث مترابطة ومتكاملة. وقـد يضع المرشد النفسي استراتيجية واحدة متكاملة متضمنة ، رعاية كـل منهم للطفل غير العادي (إبراهيم الشافعي).

الفصل الثــاني

نماذج من برامج الإرشاد والتوجيه والعلاج لذوي الحاجات الخاصة

١- المعوقون سمعيا.

٢- المكفوفون.

٣- حالات التخلف العقلي (الإعاقة الذهنية).

نماذج من الخدمات التشخيصية الإرشادية والعلاجية في مجال تعليم ورعاية ذوي الفئات الخاصة

أولا: خدمات التوجيه والإرشاد في مجال تعليم ورعاية المعوقين سمعيا

يمثل الاهتمام بالطفل المعوق سمعيا أحد المقاييس التي توضح تقدم الأمم وتحضرها ، لذا يجب أن ينظر العالم العربي إلي تعليم تلك الفئة علي أنه خدمة واستثمار في ذات الوقت ، فهو خدمة واجبة الأداء لكل فرد معوق سمعيا ، وهو استثمار في الموارد البشرية للدولة ، الأمر الذي يستوجب الاتجاه إلي تطوير سياسة تعليم الصم ، ليس تطويرا أفقيا في الكم والعدد ، ولكن تطويرا رأسيا في المحتوي والكيف.

فالطفل المعوق سمعيا كأي طفل عادي له حاجاته البدنية والنفسية والاجتماعية ، ويحتاج إلي تلبية هذه الحاجات بصورة تتلاءم مع حالة سمعه ، كما أنه كالطفل العادي في حاجة إلي التقدير ، وإلي اللعب ، وإلي الأمن ، وإلي الشعور بالانتماء إلي جماعة ، ولابد للآباء والأمهات مساعدته علي توفير هذه الاحتياجات بالطرق المناسبة بما يعمل علي نمو شخصية الطفل الأصم نموا صحيحا.

إن التطوير في تعليم المعوقين سمعيا قد حقق تقدما ملحوظا في العدد والكم أكثر مما اتصل بالمحتوي والكيف ، فلقد تقدمت في السنين الأخيرة برامج تعلم قوة النظر (باستخدام العين) ، وقوة اللمس (باستخدام الأنامل) ، فالعيون تلاحظ وتشاهد حركات الشفاه للمعلمات ، وأنامل الطفل الأصم تلمس حناجرهم ، والذبذبات الهوائية التي ترافقها ، وبذلك تقوم كل من العيون والأنامل بدلا من الأذن في التقاط الكلمات

والحروف ، وطالما يتعلم الطفل الأصم كلمة من الكلمات (ماما مثـــلا) ويفهم معناها ويطلب إليه أن يتفوه بهذه الكلمة ومـــن ثـــم يســـتعملها ، وهكذا تنمو ألفاظ الأصم ويكتسب مفردات اللغـــة ، يســـمعها بعيونـــه وبأنامله في بعض الحالات حتى يغتنـــي قاموســـه اللغـــوي ، فينمـــو تفكيره ، ويتفتح ذكاؤه ، وفي كل ذلك نجد الصعوبة والبطء والمشـــقة في تعليمه ، ولكن الجهود التي تبذل مع الطفل تؤتي ثمارهـــا (عدنـــان السيعى).

كل هذا يدعونا إلي عرض لبعـــض الإرشـــادات والتوصيـــات وأساليب الوقاية والعلاج اللازمة للطفل المعوق سمعيا:

- علي الأم بل والأسرة أن تتقبل بسرور كلام طفلها وتشجعه علـــي النطق مهما كانت درجة إعاقته ، مع تجنب التصحيـــح المتكـــرر لكلامه ، وإحساسه بالسعادة عندما يتحدث.
- التحدث في أذن الأصم بهمسات حنونة أطول مـــدة ممكنـــة كـــل يوم ، مما يساعده في التحكم بكلامه.
- الصبر علي اختلاف صوتـــه بالارتفـــاع المفـــاجئ أو العكـــس ، والتذكر أنه عاجز عن سماع الآخرين مما يدعو إلي عدم التحكـــم بدقة في تأدية أصواته ، وأن كثرة العقاب أو التـــأنيب يقلـــل مـــن فرص تقدمه.
- كلما وعي الطفل الأصم الكلام الذي يوجه إليه يصبح راغبا فـــي الاستجابة للحديث ، وهذا يتطلب الصبر وأن يكون الكلام الموجـــه إليه مفهوما بقدر المستطاع.

- الحذر من الصوت المرتفع ، فلن يجدي حتى مع ضعاف السمع ، وعلي الأم تحديد درجة الصوت التي يدرك بها الطفل ماذا تقول الأم ، وتتحدث بها معه.
- التحدث مع الأصم كما لو كان يفهم الكلام بعيدا عن الغمغمة أو طمس الكلمات وأهميتها ، بحجة أنه لا يفهم ماذا تقولين.
- التحدث مع الأصم بجمل قصيرة مع قلة استعمال الكلمات التي لا داعي لها.
- محاولة عدم الاستسلام لإغراء استعمال الحركات بالأيدي أو الكتابة ، لتسهيل الاتصال بالطفل (المرجع السابق).

وأضاف شاكر قنديل مجموعة أخري من الأساليب الوقائية والعلاجية منها :

١- تربية الأصم اجتماعيا ونفسيا بتوفير هيئات متخصصة لرعايته وذلك من خلال برامج هادفة ومنظمة ، تشبع حاجات الأصم وتستجيب لمتطلباته وتناسب قدراته.

٢- تشكيل جمعيات صداقة ونوادي خاصة بالصم ، ويمكن أن يكون الانتساب إليها متاحا للعاديين ، لتعريف المجتمع بشخصية الأصم ، وتنمية وعي الأفراد العاديين بمشكلات الأصم ، وتوفير فرص التفاعل الاجتماعي في إطار حر بعيدا عن جو المنافسة.

٣- تدريب أسرة الأصم علي أساليب الرعاية المبكرة له ، وعلي تنمية حواسه ، وعلي أسلوب معاملته بشكل طبيعي دون تطرف في الشفقة والاهتمام ، أو في الرفض والنبذ والإهمال.

٤- تنمية الحصيلة اللغوية للأصم ، وتدريبه علي النطق والكلام ، أو تعليمه أسلوب التواصل الكلي ، أو أي صيغة أخري تناسب إمكانات الطفل ومستوي إعاقته.

٥- تخليص الطفل الأصم من وحدته ، وكسر حاجز العزلة الاجتماعية من حوله ، بتشجيع النشاطات الاجتماعية من خلال مجموعات صغيرة العدد ، فيمكن تشجيع الأصم علي مشاركة طفل أو طفلين آخرين من الذين يسهل التعامل معهم ، ليشاركوه نشاطا اجتماعيا حرا ، لا يتطلب استخدام اللغة مثل اللعب أو الرحلات ، لأن قضاء بعض الأوقات علي نحو ممتع يعتبر أمرا مهما في تقليل الحساسية من الخجل ، ومن التركيز علي إعاقته.

٦- تشجيع الأصم علي التعبير عن مشاعره ، لكي تمنع تراكم التوترات النفسية لديه ، ويتطلب التصريح المفتوح للمشاعر وجود جو من الثقة بين الطفل ووالديه ، حتى لا يشعر الطفل بالتردد في الكشف عن مشاعره مهما كانت غريبة أو مستهجنة.

٧- تقوية شعور الأصم بالكفاءة الذاتية والفاعلية ، لأن الأفراد الذين يشعرون بالعجز ينزلقون إلي هاوية اليأس والاكتئاب ولذلك لابد من تنمية شعور الكفاءة والاستقلال ، ويكون ذلك بتقوية قدراتهم علي حل المشكلات ، وتطوير مهارات الطفل في مجالات متعددة ، علي أن يتم ذلك في جو أسري تدعيمي غير ناقد أو رافض.

٨- التحدث الإيجابي مع الذات يعتبر عاملا مضادا للخوف والعجز والقلق ، وتعويد الأصم وتدريبه علي التفكير بطريقة إيجابية نحو ذاته ، إن ذلك يخفض الكبت ويهدئ المشاعر المضادة ويوقف

آليات كراهية الذات ، ويبطئ تيار الأفكار غير المنطقية التي تشيع لدي المعاقين.

٩- تعزيز ودعم الذات ، وذلك من خلال التشجيع والثقة وتخفيض حدة اللوم والسخرية من الأصم ، بالإضافة إلي الدعم العاطفي القائم علي الاهتمام الإيجابي وغير المشروط ، حتى يشعر الطفل أنه محبوب ومرغوب فيه.

أهمية التعليم والتدريب للمعوقين سمعيا:

من المعروف لدينا أن المعوقين سمعيا يتعاملون فيما بينهم من خلال لغة الإشارات ، وهي عبارة عن رموز يدوية خاصة ممثلة لبعض الكلمات والمفاهيم والأفكار ، التي تعتمد اعتمادا كبيرا علي حاسة الإبصار ، وقدرة الملاحظة ، إلا أنه يصعب علي المعاقين سمعيا التعامل مع الأسوياء سمعيا ، من خلال هذه اللغة التي هي خاصة بعالمهم ، والتي لا يدركها أو يعي معانيها سوي عدد محدد جدا من الأسوياء سمعيا ، هم غالبا أبناء المعاقين سمعيا أو أفراد لديهم علاقة بفقده لحاسة السمع فقط ، وهذه الفئة من الأسوياء سمعيا التي تدرك لغة الإشارات ليست بالحجم الكافي من المجتمع الذي يتعامل ويمارس في الأصم حياته ، لذا فإن الأصم هكذا سيعيش في إطار محدود من المجتمع يصعب عليه تخطيه بسبب صعوبة تعامله مع باقي الأفراد في المجتمع.

إلا أن هناك وسيلة اتصال بين الأصم وباقي أفراد المجتمع أولها القراءة والكتابة ، وهنا تبرز أهمية التعلم الذي يساعد الأصم علي الاندماج جزئيا في المجتمع المحيط به ، حيث يسمع بالقراءة ويتكلم بالكتابة (سامى جميل) .

ولعل أهمية التعليم والتدريب للمعاق سمعيا تبدو جليا عندما تواجه الأسرة مشكلات في عدم القدرة علي مواجهة حاجاته ،أو عن عجز الأصم عن التواصل اللفظي معها، بسبب غياب اللغة ، كما أنه حينما لا يفهم الطفل الأصم اللغة المنطوقة و لا يستطيع التعامل بها يعاق حتما عن النمو اجتماعيا ، وهذه من أهم مشكلات الأصم التي تواجه المعلم داخل الفصل وأثناء تدريبه.

علاوة على أن عدم تعليم وتدريب الطفل الأصم قد يترتب عليها العديد من الآثار السلبية الأخرى الناتجة عن عدم التواصل ذلك الذي يحول دون استمرارية العلاقات ، والآثار السلبية الناجمة عنه كثيرة ، كأن يجد الأب نفسه مضطرا للالتصاق بالابن الأصم في معظم مواقف حياته لفظيا وعمليا ومهنيا ، وقد يلجأ الأب إلي عقاب الطفل الأصم علي بعض السلوكيات المرفوضة التي تظهر منه ،والتي تعود عليها لعدم فهمه المثيرات والأوامر ، كل هذا يستوجب تربية ورعاية وتعليم المعوقين سمعيا.

التوجيه والتأهيل المهني للصم:

يقوم الاتجاه الآن نحو التقاء الثقافتين العامة والمهنية علي أسلس من المزج بين العلم والعمل والتكنولوجيا.

وهناك خطط مقترحة لتطوير نظم تأهيل الصم على النحو التالي:

١- تطوير برامج التأهيل المهنى الذي يعتمد على فكرة التدريب على العمل ، حيث يحصل المعاق علي التدريب لمدة ثلاثة أو أربع أيام داخل الوحدة الإنتاجية ، وباقي أيام الأسبوع داخل جمعية التأهيل المهني ، حيث يكون التركيز علي المعلومات النظرية.

٢-توفير فرص العمل للخريجين: حيث يتم وضع خطة قصيرة الأجل ، تستهدف تشغيل الصم في فترة السنوات الخمس القادمة في فرص عمل حقيقية ،عن طريق زيادة وتدعيم مواقع العمل والإنتاج لتتيح فرصا جديدة للعمل ، وتنظيم دورات عملية وتدريبية لإعداد وتأهيل الصم للعمل الذي تتيحه تلك الفرص بكفاءة .

٣- وضع خطة طويلة الأجل تستهدف تشغيل جميع خريجي مدارس الصم خلال المرحلة القادمة ، في أعمال منتجة تتفق مع خطة التنمية واحتياجات المجتمع ، وذلك عن طريق إعادة بناء أنماط وهياكل التعليم وفتح مجالات دراسية جديدة للوفاء باحتياجات الحاضر ومواجهة احتمالات المستقبل (سامي جميل).

نموذج برنامج التأهيل للأصم

أولا: الدراسة الطبية للحالة :

وذلك بقياس السمع ،ورسم الحالة ،أو استخدام علاج لتحسين السمع وتحديد نوع المعين المطلوب ومدي إمكانه.

ثانيا: دراسة الحالة الاجتماعية:

يقوم بها أخصائي خدمة الفرد على دراسة حالة الأصم وأسرته للوقوف علي ظروفه الأسرية ، وعلاقاته مع أفراد أسرته ، وظروف السكن وإمكانية الانتقال وغيرها.

ثالثا: التقييم المهني :

يتم بعدة وسائل ، منها الاعتماد على الاختبارات السيكولوجية واختبارات الذكاء والاستعدادات والقدرات . ومنها تقييم العميل في موقف عملي فعلي علي نماذج من الأعمال في خطوات تمثل العمل الفعلي ، ولمدة أسبوع أو أكثر لكل صنعة .

رابعا: التقييم السيكولوجي:

إن التقييم السيكولوجي للأصم يحتاج إلي الآتى:

- اختبار مناسب للذكاء .
- اختبار مناسب للاستعدادات.
- اختبار مناسب للشخصية .
- اختبار لقدرة الفرد علي التخاطب .

خامسا: الخدمات التأهيلية:

وتشمل:

أ- الخدمات الطبية:

- تدريب السمع .
- تدريب النطق وعلاج النطق .
- المعينات السمعية .

ب- الخدمات المهنية:

- التوجيه والمشورة.
- الجوانب التعليمية.
- التوظيف.
- التتبع.

ثانيا: خدمات التوجيه والإرشاد في مجال المكفوفين

الاتجاه نحو الكفيف:

ينظر المجتمع إلي الكفيف ويعامله بثلاث طرق متباينة ، كعبء ومسئولية عليه ، كقصر تحت وصايته ، كأعضاء به.

وهناك العديد من الدراسات التي توصلت إلي حقائق علمية عن اتجاه الآباء نحو أطفالهم المصابين بالعمي . منها : القبول إنكار وجود أي أثر للعمى على الطفل - التدليل والحماية المبالغة- الإعراض المقنع - الإعراض أو النبذ الظاهر .

وفي دراسة قام بها سومرز Sommers لتقويم أثر الاتجاهات الوالدية علي سلوك الأعمى وعلي نمو شخصيته، وأظهرت النتائج أن الاتجاهات السلبية من الوالدين تجاه الكفيف ينتج عنها سوء توافقه الاجتماعي وظهور بعض الاضطرابات الانفعالية لدي الابن الكفيف.

ومن العوامل النفسية التي تكمن وراء الاتجاهات الاجتماعية للمبصرين نحو العميان ، ما ظهر من دراسة عبد الرازق الزتحرى التي أجراها علي مائة فرد من المبصرين ، التي حاول فيها الباحث تحديد الارتباطات القائمة بين أصحاب كل اتجاه من العميان ، وبين بعض عوامل الشخصية ، وأوضحت نتائج الدراسة اختلاف اتجاه المبصرين نحو العميان باختلاف موقفهم من أحاسيس الخصاء ، فالأشخاص الذين أتيح لهم تصفية العقدة الأوديبية ، ومن ثم القضاء علي مخاوف الخصاء يكون اتجاههم هو التقبل للعميان ، فالعمي في دلالته اللاشعورية يعني الخصاء ، أما الذين لم يتح لهم تصفية كاملة للأدويبية لديهم ، فإنهم يتخذون التكوينات المضادة كدفاع ضد مخاوف الخصاء يصبحون أصحاب الحماية الزائدة للعميان ، أما الباقون فإنهم يلجأون إلي الدفاعات

لتمويه عدوانيتهم الناشئة عن مخاوف الخصاء ، فيصبحون أصحاب اتجاه الرفض المتنكر.

وقد أوضح سيد صبحي التأثير الناتج عن اتجاه الوالدين علي سلوك الطفل الكفيف. فقد يخلق موقف الآباء نحو طفلهم الكفيف الشعور بالنقص والذنب ، خاصة إذا حاولوا إخفاء حقيقة إعاقته كشيء يخفي ، أو إظهار شعورهم بالشفقة نحوه.

وقد وجد جيرارد وريمي (في سيد صبحي) علاقة وثيقة بين تقدير الطفل وتقدير الآباء نحوه ، ويكون الطفل المعوق أكثر تكيفا واستقامة لو لقي تقديرا وعناية من والديه ، وقد أكد الباحثان من دراستهما أنه غالبا ما يحتكم المعوق في هذه الحالة إلي إدراكه الذاتي وتوقعه عن نفسه ، حيث أنه لا يستطيع الاعتماد علي ترجمة العواطف الموجهة إليه ، وكثيرا ما يكون الشخص نفسه مصدرا لتأثير الآخرين بشعوره وتوقعه بما يضيفه عليهم من تشاؤم أو تفاؤل حسب حالته النفسية ، ولما كان هذا يحدث بحكم العادة ، فمن العجب أن يستمد حكم الآخرين عليه مرة ثانية من حكمه علي نفسه ، وهكذا يكون لموقف الآباء والأقرباء المحيطين بالطفل المعوق تأثيرا بالغا علي إدراكه الذاتي وتوقعه.

الإرشاد الأسري للوقاية من العمي:-

- تبدأ العناية بعين الطفل منذ ولاته ، فقد تتلوث عين الطفل عند الولادة ، إذا تمت دون مراعاة النظافة.
- حذر الكثير من الأطباء من غسل الطفل بعد الولادة ورأسه إلي أسفل ، لأن الماء الذي غسل جسمه سوف يستقر في عينيه.

- أجمع الأطباء علي ضرورة وضع قطرة تحتوي علي مضاد حيوي في العينين بعد الولادة مباشرة ولعدة أيام.
- حماية الطفل من الإصابة بالأمراض المختلفة ، بإبعاده عن أماكن التلوث بالميكروبات والقاذورات والذباب.
- مراقبة الطفل أثناء اللعب ، وإبعاده عن مواطن الخطر ، والمواد الكيمائية.
- يجب تدريب وإرشاد الأمهات علي أصول التعليم والتربية لهذه الفئة بما يساعد علي جعل الطفل يحيا بسعادة (الكفيف أو ضعيف البصر) ويتابع نمو الثقة في نفسه في عالم الأشياء والأفكار والناس.
- إن اكتشاف الحول مبكرا من أهم وسائل علاجه ، ويجب زيادة الوعي الصحي عنه ، وحث الأسرة علي سرعة استشارة الطبيب عند مجرد الشك في وجود الحول.
- أن تقوم المدرسة بالكشف الدوري علي الأطفال كل عام ، وكذلك الأسرة.
- عدم استشارة أخصائي النظارات بدلا من طبيب العيون ، لأن خبرته تنحصر في قياس قوة البصر وعمل النظارة الملائمة.
- إذا كان الطفل يستعمل نظارة يجب علي الأبوين مراقبة الاستعمال الدائم لها ، مع تشجيع الطفل علي المحافظة عليها والافتخار بها أمام الآخرين.
- عدم السخرية من الطفل إذا كان يستخدم نظارة سميكة.
- أن يكتسب ضعيف البصر سعة من الخبرة ، والعمل علي تنمية الميول إلي الأعمال غير البصرية ، حتى لا يستعين بعينه كثيرا.
- أن يجلس الطفل في صفوف أمامية خاصة لضعاف البصر.

- تحديد درجة البصر بدقة ، مع استعمال أنواع خاصة من الوسائل مثل الطباعة ذات الخط الكبير ، والأوراق غير اللامعة ، والآلات الكاتبة الخاصة ، والكتب الناطقة ، والمسجلات والإذاعة.
- أن تقوم المعلمة بتدريب ضعاف البصر علي الحركة داخل الفصل.

العلاج:

يوجد الآن ما يعرف باسم " طب عيون الأطفال " يهدف إلي الكشف علي عين الأطفال وعلاجهم بالأدوية والجراحة ، وتتمثل أساليب العلاج في:

- **العلاج الدوائي:** حيث تستخدم المضادات الحيوية في علاج الأمراض قبل أن تمتد الإصابة إلي قرنية العين ، التي قد ينتج عنها قرحة القرنية وهي أساس المشاكل في مصر.
- **العلاج بالوسائل البصرية:** أي النظارات الطبية ، وتستخدم في علاج حول وقصر النظر ، وفي علاج الحول الذي غالبا ما يكون سببه طول في النظر. وقد يحتاج الطفل إلي بعض التمرينات البصرية في عيادات متخصصة للحول.
- **العلاج بالجراحة:** يستخدم في علاج عتمات القرنية ، وذلك بترقيع القرنية.
- **العلاج بأشعة الليزر:** وهو أحدث العلاج الطبي في علاج العيون ، وقد استعيض عن العلاج بالجراحة في العديد من أمراض العيون. (محمد أيوب).

توجيه تربية ورعاية وتعليم المكفوفين

تغيرت تربية المعوقين بصريا في الوقت الحاضر عما كانت عليه في الماضي ، وشمل هذا التغير أهداف وأسس تربية هؤلاء المعوقين ، وكذلك المناهج وطرق التدريس ، ولم يستطع المكفوفين تعلم القراءة والكتابة قبل القرن الثاني عشر الميلادي ، ولعل أقدم مؤسسة تعليمية هي جامعة الأزهر التي أنشئت عام ١٩٧٠ في مصر (Research في نادي عزيز ، وأحمد خليل).

ولقد اهتمت الثورة بتعليم المكفوفين بجميع مراحل التعليم الابتدائي والإعدادي والثانوي ، ولأول مرة عام ١٩٥٨ تقدم التلاميذ المكفوفين لامتحان الشهادة الابتدائية ، ثم تقدم الناجحون منهم لامتحان الشهادة الإعدادية لأول مرة عام ١٩٦١ ، ثم تقدم المكفوفون لامتحان الشهادة الثانوية العامة عام ١٩٦٤ ،وكان عددهم عشرة طلاب فقط (المرجع السابق).

وقد أخذت هذه الرعاية ، في بداية الأمر ، صورة إنشاء مؤسسة خاصة داخلية يلتحق بها المعوقين بصريا ، حيث تقدم لهم الرعاية الطبية ، والتربوية ، والنفسية ، والاجتماعية ، يقوم بها أفراد متخصصون ، واستمر ذلك حتى بداية القرن العشرين ، إلى أن نادي بعض المختصين والمهتمين باستخدام أسلوب أو أساليب متعددة.

والهدف من البرامج التربوية والإرشادية للمعوقين بصريا ، طرق تنظيم تعليم وتربية المعاقين بصريا ، وهناك أكثر من طريقة من طرائق تنظيم البرامج التربوية ومنها:

١- مراكز الإقامة العامة للمعوقين بصريا.

٢- مراكز التربية الخاصة النهارية للمعاقين بصريا.

٣- دمج المعوقين بصريا في صفوف خاصة ملحقة بالمدرسة العادية.

٤- دمج المعوقين بصريا في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

ومهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للمعوقين بصريا ، ومبرراته ، فلا بد أن تتضمن البرامج التربوية للمعاقين بصريا ، تعليم وتدريب المعوقين بصريا علي عدد من المهارات الأساسية في تعليمهم مثل مهارة الحركة Mobility ، ومهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل Braille Method ، ومهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة العدد الحسابي Optician Abacus ، ومهارة الاستماع Listening Skills ، ومهارة استعمال ما تبقي من القدرة البصرية Renaining Sight. (فاروق صادق).

وقد تضمن ذلك في نص القرار الوزاري رقم ١٥٦ بتاريخ ٢٤ / ٩ / ١٩٦٩ في شأن اللائحة التنظيمية لمدارس وفصول التربية الخاصة للتلاميذ المعوقين ، تقصر حواسهم أو عقولهم أو قدراتهم البدنية علي متابعة التعليم في المدارس العادية ، ويكون الغرض منها توفير الخدمات التربوية ، والتعليمية ، والاجتماعية ، والصحية والنفسية في مراحل التعليم العام التي تحددها الوزارة ، وأضيفت أهداف خاصة تتعلق بالمكفوفين هي:

- تحقيق النمو المتكامل لجميع جوانب شخصية الطفل الكفيف.
- تأهيل الكفيف لأخذ دوره في المجتمع ، وذلك بتزويده بالقدر المناسب من المعرفة والثقافة.
- تأهيل الكفيف تأهيلا مهنيا.

- إكساب الكفيف حب العمل اليدوي واحترامه.
- المعاونة في علاج الآثار النفسية التي تتركها الإعاقة للكفيف.
- تدريب الكفيف علي الحركة والانتقال.

وفيما يلي عرضا لأساليب وطرق (برامج) رعاية المعوقين بصريا (مراحل تعليم المكفوفين في مصر):

١- نظام المؤسسات أو المعاهد الخاصة:

في عام ١٨٧٠ أنشئت أول مدرسة للمكفوفين في مصر ، وكانت عبارة عن مؤسسة لإيواء ورعاية الأطفال المكفوفين ، وليست مدرسة بمفهوم التربية الخاصة. حيث يقوم مدرسون تم إعدادهم خصيصا بتعليمهم ، مع توفير برامج أو مناهج خاصة بهم. ثم تطور هذا النظام حتى عام ١٩٥٨ عندما شيدت أول مدرسة إعدادي للمكفوفين في مصر ، ودخل التلاميذ المكفوفين لامتحان الشهادة الإعدادية عام ٦١ / ١٩٦٢ ، ثم دخل أول تلاميذ مكفوفين امتحان الشهادة الثانوية العامة للمكفوفين عام ١٩٦٤ ، ومن ثم تمكنوا مواصلة دراستهم بالكليات والمعاهد العليا.

ويلتحق بهذه المدارس الأطفال المكفوفين في سن ٦ ، ٧ ، ٨ سنوات ، بعد إجراء الفحوص الطبية اللازمة لهم ، ومدة الدراسة ست سنوات بالابتدائية ، والإعدادية ثلاث سنوات ، والثانوية ثلاث سنوات. وبعض هذه المدارس داخلية ، والبعض الآخر يتبع النظام الخارجي. ولكلا النوعين مزاياه وعيوبه (محمد عبد المؤمن ، Jonson 1950 ، خبراء اليونسكو ، ١٩٧٩).

٢- نظام الفصول الخاصة الملحقة بالمدارس العادية:

استند هذا الأسلوب إلي فلسفة مؤداها ، أن إلحاق المعوقين في فصول خاصة بالمدارس العادية ، يتيح إمكانية مواجهة حاجاتهم الخاصة التي تتماثل إلي حد كبير ، ويقوم برعايتهم فيها معلمون حصلوا علي تدريب خاص في المجال ، كما تقدم لهم برامج معينة تناسب حاجاتهم ، وفي نفس الوقت فإن هذا الأسلوب يساعد هؤلاء الأفراد علي النمو الاجتماعي بصورة أفضل ، ويرفع من مستوي تقديرهم لذواتهم حيث يتيح لهم فرص التفاعل مع أقرانهم العاديين ، سواء خلال فترات الراحة أو الحفلات والمناسبات الترفيهية (جوسكن وبيكر ، في عبد العزيز الشخص) ، كما رأي البعض أن هذا الأسلوب يعد أقل تكلفة ، كما أن المعلمين غالبا ما يكونوا في مستويات متماثلة ، فليس ثمة فرق بين من يعمل منهم في الفصول العادية وزملائهم الذين يعملون بالفصول الخاصة ، كما يتيح هذا الأسلوب فرصة اشتراك فئات مختلفة من العاملين في رعاية المعوقين بصريا ، سواء من المتخصصين ذوي المؤهلات العالية أو من المساعدين المدربين ، بالإضافة إلي الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمدرسة (خبراء اليونسكو ، المرجع السابق).

وقد ساد هذا الأسلوب في رعاية المعوقين بصريا خلال الستينات والسبعينات من هذا القرن ، إلا أنه تعرض لأوجه نقد كثيرة ، حيث أن من يلتحق بهذه الفصول يعتبر من الفئات الخاصة ، وبالتالي يصعب دمجهم في الحياة العادية بعد ذلك (Jonson, 1969) ، وأثبت ذلك عبد العزيز الشخص في دراسته التي أوضح فيها أن هذا الأسلوب لا يمثل أي نوع من الدمج ، حيث غالبا

ينقسم المبني المدرسي الذي يضم فصولا للمعوقين بصريا أو غيرهم إلي قسمين ، بل قد يتم فتح بابا خاصا لهؤلاء التلاميذ حتى لا يحتكون مع أقرانهم العاديين أثناء الحضور أو الانصراف ، كما يتم تخصيص وقتا معينا لراحتهم (فسحتهم) يختلف عن ذلك المحدد لأقرانهم العاديين ، وبالتالي فإن هذا الأسلوب يعتبر أسلوب عزلي في جوهره.

ثالثا: نظام الفصول العادية (الدمج الكلي):

طبق نظام الدمج Mainstreaming بعد السبعينات ، بهدف تعليم المعوقين وتدريبهم وتشغليهم مع أقرانهم العاديين ، حتى يقضي المعوقون أطول وقت ممكن في الفصول العادية ، مع إمدادهم بالخدمات الخاصة عند الضرورة ، وهذا يتطلب تعديل البرامج الدراسية بحيث تواجه حاجات هؤلاء التلاميذ ، مع إمداد الفصل العادي بما يحتاج إليه. وقد ظهرت أدلة تؤيد نجاح عملية الدمج ، إلا أن عبد العزيز الشخص (١٩٨٧) قد أوجز عوامل معينة يجب مراعاتها كي تتم العملية بنجاح ، أهمها تغير اتجاهات التلاميذ العاديين نحو أقرانهم المعوقين ، وتغيير اتجاهات العاملين في المدرسة مع جميع التلاميذ رغم اختلاف حاجاتهم ، وإنشاء غرف معينة ملحقة بالمدارس العادية يطلق عليها غرفة المصادر Resource Room يعمل بها معلم أو أكثر من المتخصصين في مجال التربية الخاصة ، لتقديم الخدمات اللازمة للمعوقين الملحقين بفصول هذه المدارس.

أنواع (برامج) التأهيل للمكفوفين:

يقدم المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين برنامج يـــهدف إلي تحقيق الأهداف التالية:

أولا: التأهيل المعرفي:

يعني هذا البرنامج بالأمور التالية:

- تنمية مهارة الإنتباه والتركيز.
- تنمية مهارة الاسترجاع والتذكر.
- إكساب الطفل القدرة علي فهم بعض العلاقات المرتبطة بالزمـــان والمكان.
- تنمية مهارات التصنيف والترتيب والتنظيم والعد.
- تنمية القدرة علي التفكير وحل المشكلات.
- تنمية إدراك الطفل لبعض عناصر البيئة.
- تنمية إدراك الطفل للعلاقة بين الكلمة ومعناها.

ثانيا: التأهيل الحسي:

ويتضمن هذا الجانب الاهتمام بالعوامل الآتية:

- تدريب حاسة السمع.
- تدريب حاسة الشم.
- تدريب حاسة اللمس.
- تدريب حاسة الذوق.

ثالثا: التأهيل الحركي:

ويعمل هذا الجانب من التأهيل علي:

- مساعدة الطفل علي التخلص من بعض اللزمات الحركية (ســـقوط الرأس - انحناء الظهر - ضعف عضلات الأرجل).

- تدريب بعض العضلات الكبيرة والصغيرة للطفل.
- تحسين بعض المهارات الحركية.

رابعا: التأهيل الاجتماعي:

ويهدف هذا الجانب التأهيلي إلي:

- التدريب علي بعض مهارات خدمة الذات.
- اكتساب بعض القيم الاجتماعية.
- تشجيع الاتصال الاجتماعي للطفل مع الأطفال الآخرين.
- اكتساب بعض آداب المعاملة.
- اكتساب بعض آداب المائدة.

خامسا: التأهيل النفسي:

ويسعى هذا التأهيل إلي:

- تشجيع الاستقلال الذاتي للطفل والاعتماد علي النفس.
- تحسين ثقة الطفل بنفسه.
- تشجيع تحمل الطفل للمسئولية.
- تنمية سلوك الإيجابية والمبادرة عند الطفل.
- إكساب الطفل عادة المثابرة.
- تشجيع تعبير الطفل عن السعادة والسرور أثناء المشاركة في الأنشطة.
- مساعدة الطفل علي التكيف مع الإحباطات والمخاوف اليومية.

سادسا: التأهيل اللغوي:

ويهدف هذا الجانب التأهيلى إلي:

- تنمية قدرة الطفل علي التعبير اللفظي.
- تنمية قدرة الطفل علي التبادل اللفظي.

- تنمية قدرة الطفل علي الاستمتاع والسرد لقصة أو أغنية بسيطة.
- تنمية القدرة علي النطق السليم.
- تنمية القدرة علي متابعة الحوار والمناقشة.

ويلاحظ أن هذه الأهداف الفرعية التي تضمنتها جوانب البرنامج اعتمدت علي الترجمة السلوكية ، من خلال المواقف التي تحتوي علي إجراءات عملية يقوم بها المرشد ، بالاشتراك مع أطفال الحضانة المتعاملين مع البرنامج ، بحيث يتم التفاعل والتكامل لتحقيق البرنامج علي وجه العموم. (سيد صبحي).

سابعا: التأهيل الطبي:

ويقصد به استعادة أقصي ما يمكن توفيره من قدرات بدنية ، مثل حالاتِ بتر الأطراف ، ويكون تأهيلها طبيا هو إمداد المصاب بالأطراف الصناعية ، بعد جراحة البتر ، ثم تدريب عضلاته علي تحمل الطرف الصناعي وتدريب توازنه العصبي العضلي ، علي كيفية استخدام الطرف في شئون الحياة العادية ، وكذلك مثل إمداد ضعيف السمع بجهاز تقوية السمع بتدريبه علي استعماله ، وكذلك إعداد ضعيف البصر بالعدسات الطبية ... إلي غير ذلك من علاجات طبيعية وجراحية ، في سبيل إعادة الإنسان أقرب ما يكون إلي الصلاحية لممارسة حياته الاجتماعية والمهنية ، في إطار خطة مرسومة لمستقبل المصاب (إسماعيل شرف).

خطوات التأهيل المهني للمكفوفين:

١- الفحص الطبي الشامل.

٢- بحث الحالة الشخصية والاجتماعية.

٣- التعرف علي مهارات وخبرات الكفيف ومستواه الثقافي وقدراته الخاصة.

٤-التعرف على طرق الكفيف في تحقيق التوافق والتكيف.

٥-توجيهه إلي المهنة المناسبة في ضوء الخطوات السابقة.

٦-تعاون فريق العمل المتمثل في المدرسين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والطبيب والأسرة والمدرسين .

٧-التعرف علي الحالة الأسرية والاجتماعية له ، ليتثنى تحديد نوع الإقامة ووسيلة المواصلات المناسبة له .

٨-تحليل العمل بهدف معرفة متطلبات المهنة من مهارات ، وقدرات حتي يمكن وضع الكفيف في العمل المناسب له.

٩-توجيه الكفيف للمهنة الصالحة المناسبة له .

١٠- مساعدته على التكيف النفسي والاجتماعي في مهنته أو مجال عمله.

١١- متابعته المستمرة.

ثالثا: التوجيه والإرشاد في مجال الإعاقة العقلية

الاتجاهات نحو المتخلفين عقليا:

كثيرا ما يضايق المتخلف عقليا موقف الأهل منه وموقف المجتمع وموقف المدرسة ، ففي كل الأطراف غلبة لموقف من يعطف عليه لضعفه ، أو من لا يريده ، أو ينكره ، أو يستغله ، ويؤدي ذلك لدي المتخلف عقليا نوع من تعلقه بالآخرين ، ويغلب فيه أنه يميل إلي أحد الطرفين: التبعية أو الكره والعدوانية (نعيم الرفاعى).

هذا ويضايق المتخلف عقليا موقف المدرسة واتجاهها منه ، حين يكون مع الآخرين ، وذلك بسبب من انشغال المعلم بمن هو في مستوي المتوسط ، أو ما يقرب منه ، ومن في مستوي أعلي من ذلك ، ويؤدي الإهمال إلي مزيد من الضعف في الإفادة من جو المدرسة ، ومن هنا غلب وضع المتخلفين عقليا في مدارس خاصة.

أما من يكون التخلف العقلي شديدا لديهم ، فلا مفر من وضعهم في مؤسسة تربوية من نوع خاص ، إذ تكون المهمة الأولي عندئذ تكوين بعض العادات لديهم ، مما يلزمهم في الاعتماد علي أنفسهم في حاجاتهم الأساسية ، ولا ينبغي ذلك في الحالين وجود برامج تلزم في الدمج الاجتماعي للمتخلف عقليا ، وتلزم تعديل الاتجاهات نحوهم.

أولا: الاتجاهات الأسرية والوالدية نحو المتخلف عقليا:

تعتبر الأسرة المؤسسة الاجتماعية الأولي التي تلعب الدور الأساسي في تربية النشيء ، وتلقيه القيم الأخلاقية والمعلومات المتنوعة التي تساعد علي تكوينه وتحديد معاملاته مع الآخرين.

ومن المعروف أن الطفل المتخلف عقليا لديه قصور جسمي وثقافي وعقلي ، لا يمكنه من تحديد علاقاته وقيمه دون الاعتماد الأكيد

علي أسرته التي توجهه بصورة مباشرة وغير مباشرة ، حتى يكتسب خلال فترة زمنية معينة الخبرة والقدرة العقلية التي تؤهله للاعتماد على نفسه والتعامل مع الآخرين بإيجابية.

ويذكر عادل الأشول (١٩٩٣) أن الطفل المتخلف يحي ضغوط متعددة وجميعها مرتبطة بالحاجات الخاصة له ، والقلق على مستقبله وحياته القادمة ، وعادة يفرض أعباء أكثر علي الأسرة داخل المنزل أو خارجه مما يزيد من الإحساس بالضغوط النفسية لوالديه.

وقد تهتم بعض الأسر اهتماما كبيرا بأطفالهم المتخلفون عقليا ، فقد تتفرغ الأمهات لرعايتهم والعناية بهم ، وقد يكون وجود مثل هذا الطفل سببا في استنزاف ميزانية أسرته ، خاصة إذا تحرج الأب أو الأم من إلحاق طفله مركز للرعاية الحكومي ، والحاقة بإحدى المؤسسات الخاصة ، مما يشكل نوعا من الضغوط المادية علي الوالدين.

وقد تحتفظ بعض الأمهات بأطفالهم المتخلفين عقليا وهم صغار ولكن عندما يكبروا تكبر معهم حاجتهم ، وتتعقد مشاكلهم ، حينئذ يعجزون عن رعايتهم وتلبية مطالبهم ، ويستسلمن للأمر الواقع ، ويحاولن إلحاقهم بأحد مراكز الرعاية بعد أن يكونوا قد تعودوا الكسل ، واكتسبوا عادات اجتماعية كثيرة ، وزادت مشاكلهم كما وكيفا ، وأصبح علاجهم وإرشادهم صعبا ، ورعايتهم شاقة تستغرق وقتا وجهدا كبيرا لتعديل ما أفسده الأمهات أو الأباء بالتدليل والعطف الزائد ، أو الإهمال والنبذ ، نتيجة ما يشعرون من ضغوط نفسية واجتماعية مما يؤخر عملية تعلم وتأهيل وتدريب هؤلاء الأطفال على السلوك الاجتماعي المقبول ، وقد أوضح ليشتر Lichter, E أهمية خلق الظروف الإيجابية والمناخ الثابت نسبيا من الناحية العاطفة والانفعالية داخل أسرة المتخلف

عقليا من أجل إشباع حاجاته الخاصة ، وأن تتأكد الأسرة جيدا من أن الطفل المتخلف عقليا غالبا ما يميل إلي افتعال مواقف انفعالية مشحونة في محيط الأسرة ، أثناء إشباع حاجاته ، مما يجعله غير مستقر انفعاليا.

وتتنوع اتجاهات الوالدين والأسرة نحو الطفل المعاق ، إما بالإيجاب أو السلب ، والتي ظهرت في العديد من الدراسات المختلفة. وقد أوضح كيرك وجلانجر (في جمال حمزة ١٩٩٣) مشيرا أنه لو أن أي شخص منا وضع نفسه كأب أو كأم لطفل معوق ، فإنه سوف يقدر مدي الألم والضيق واليأس الذي يمثل جزءا لا يتجزأ من وجود طفل معوق في الأسرة ، كما أنه سوف يتحقق من درجة الحاجة للسند الخارجي اللازم تقديمه لوالدي الطفل المعوق للاحتفاظ بتوازنهما في هذه الظروف المعوقة لحياة الأسرة ، وأضاف أن معظم الأباء ، ممن لديهم طفل معوق ، يواجهون أزمتين أساسيتين:

الأزمة الأولي: والتي يسميها كيرك وجلانجر نمطا من الموت الرمزي ، حيث يبدي الوالدان أو أحدهما شعورا بأن الطفل المعوق قد يكون عدمه أفضل من وجوده. وأن وجود طفل معوق مخيب لأمال الوالدين ومحبط لهما في تحقيق أهدافها في عملية الوالدية ،وما يترتب علي ذلك من ظروف محبطة.

الأزمة الثانية: وهي تتعلق بمشكلة توفير الرعاية اليومية ، حيث يندر أن تكون للأبوين خبرة بتنشئة الأطفال المعوقين.

وقد أشار عادل الأشول (١٩٩٣) أن أهم الاستجابات الوالدية وردود أفعال الأمهات والأباء الشائعة عندما يظهر عندهم طفل متخلف عقليا (في رأي أصحاب التحليل النفسي):-

١- القلق ، الشعور بالذنب والإحباط ، واليأس والعجز عن مواجهة الموقف.

٢- التشكك في التشخيص.

٣- الاعتراف بتخلف الطفل دون تبصر بإعادة المشكلة.

٤- التبصر بمشكلة الطفل وقبول تخلفه والسعي إلي تعليمه وتأهيله.

وأوصي بأنه يجب علي المرشد النفسي التعامل مع الميكانيزمات الدفاعية للوالدين ، في عملية الإرشاد الأسري للأطفال المتخلفين والتي من أهمها:

- مواقف الحيرة والتذبذب.
- اليأس.
- الإفراط في الحماية.
- الرفض والتبرير.
- الإهمال (عادل الأشول ١٩٩٣).

وقد جاءت الدراسات السابقة المتعددة التي تتعلق باستجابات الوالدين ، بخلاصة عامة أوضحها كانر Kanner من وجود ثلاث أنماط للاستجابة الوالدية نحو التخلف العقلي:

١- **الاعتراف بالواقع العقلي**: حيث تتقبل الأسرة أن طفلها متخلف عقليا ، وتبدأ بالفعل في تعديل أسلوب حياتها بما يتلاءم مع حاجات الطفل المعوق ، وتوفر له كافة أساليب الرعاية اللازمة ولا تنسي

في ظل هذا الواقع حق أطفالها الأسوياء ، كما أنها لا تتعزل اجتماعيا ،بل تستمر في حياتها الاجتماعية العادية.

٢- **إنكار الواقع:** حيث تستمر الأسرة في إنكار أن طفلها متخلفا عقليا ، برغم تأكدها من العديد من المتخصصين ومن كافة المقاييس النفسية التي توضح ذلك ، وكثيرا ما تلجأ الأسرة إلى استخدام التبريرات المختلفة في قصور طفلها المعوق سواء في سوء تكيفه الاجتماعي أو في انخفاض مستواه التحصيلي.

٣- **عجز كامل عن مواجهه الواقع الفعلي:** هنا يأتي الرفض التام ، والإنكار التام من وجود أية إعاقة عند طفلهم ، ودائما ما يؤكدون لأنفسهم وللغير بأن طفلهم سليما وعاديا.

وهكذا تتنوع وتتعدد نتائج الدراسات التي توضح اختلاف استجابات الأسرة والوالدين تجاه طفلهم المتخلف عقليا.

- فجاءت دراسة Abrnouitch عن تأثير وجود طفل متخلف عقليا داخل الأسرة علي التفاعل بين الأخوة داخل المنزل ، ويختلف هذا التفاعل باختلاف ترتيب الطفل المعوق بالنسبة لأخواته وأيضا باختلاف الجنس.
- وقام جمال مختار حمزة بدراسة عن استجابات الوالدين للإعاقة العقلية لدي الأباء ، ومدي تأثيرها علي نوعية الرعاية والمعاملة التي يحظى بها الطفل من والديه ، وأسفرت النتائج عن شعور الوالدين بالحزن وخيبة الأمل والألم والضيق واليأس من وجود طفل معوق في الأسرة ، كما أثبتت النتائج مدي الشعور بالمسئولية الذاتية ، والأخلاقية ، ومنها المراقبة الداخلية ، والمحاسبة الذاتية والشعور بالواجب الاجتماعي والقدرة غلي تحمل الطفل المعوق

والقيام بهذا الدور ، وعن شعور الوالدين بالمسئولية الاجتماعية وضرورة المثابرة وبذل الجهد المستمر تجاه الطفل المعوق.

- دراسة قام بها جوبريم وآخر Gubrium لمقارنة مشاعر الآباء والأمهات نحو أطفالهم المتخلفين عقليا ، وجاءت النتائج لتسفر عن اختلاف تقييم الأباء عن الأمهات لصدمة وجود طفل متخلف من الناحية المادية ، وكان تقيمهما للصدمات من الناحية العاطفية واضحا لدي الأمهات أكثر من الأباء ، حيث اشتد الاضطراب الانفعالي لدي معظم الأمهات.
- وأيدت هذه النتائج ما جاء في دراسة ستون Stone ، من إصابة الأمهات بالصدمة عند سماعهم بأن طفلهم متخلف عقليا ، وتذكرت كل أم مجموعة من الانفعالات أهمها: الشعور بالذنب والشعور برفض الطفل ، بجانب الشعور بالضيق والغضب إلي الحد الذي وصل شعور بعض الأمهات بقتل الطفل ، أو وضعته في مؤسسة، بينما انخفض شعور الأباء برفض الطفل المعوق عن الأمهات.
- كما أجريت العديد من الدراسات عن اتجاهات الوالدين نحو طفلهم المتخلف عقليا وسلوكهم التكيفى والتوافقي داخل الأسرة نذكر منها دراسات Nemroff & Esther (1979), Kifune (1981) Nieves & Ricasta, (1983) Strlina, (1984) .

سيد الكيلاني (١٩٨٦) ، وأسفرت النتائج لهذه الدراسات في مجموعها:

١- الارتباط الإيجابي بين التوافق الاجتماعي للأطفال المتخلفين عقليا وبين الاتجاهات الوالدية الخاصة بتقبل هؤلاء الأطفال.

٢- الارتباط السلبي بين الانحرافات السلوكية للأطفال المتخلفين عقليا وبين الاتجاهات الوالدية الخاصة بتقبل هؤلاء الأطفال.

٣- التأثيرات السلبية للإهمال والرفض والنبذ من قبل الوالدين علي سلوك أطفالهم المتخلفين عقليا.

٤- أعطت العديد من الأمهات رعاية زائدة لطفلها المتخلف ، بجانب رعايتهم رعاية كاملة لأطفالهم العاديين ، وعاشت الأمهات حياة طبيعية.

٥- أولت بعض الأمهات اهتماما خاصا بملابس أطفالهن المعوقين لتقلل من مظهر الانحراف لدي الأطفال.

٦- أوضحت بعض الأمهات استيائهن عن مراحل تطور المتخلفين المختلفة ،ونبذ الأقارب لهم ، خاصة في فترات المراهقة.

٧- أوضح بعض الأباء أن نظراتهم إلي أنفسهم يملؤها الشعور بالنقص ، ويظهرون السلبية نحو طفلهم المعوق ، وقد يمتد شعورهم نحو طفلهم إلي اليأس والغضب والرفض.

٨- شعور بعض الأباء بالذنب والعدوان والرفض.

٩- تعاني أسر المتخلفين عقليا من أنواع مختلفة من الضغوط المتفاعلة ، وتأخذ هذه الضغوط شكل القلق تجاه طفلهم المتخلف عقليا.

١٠- كلما ارتفع المستوي الاجتماعي للأسرة كلما زاد الرفض الأبوي والحماية الزائدة للطفل المتخلف عقليا.

١١- يفضل الأباء الذين يتعرضون لضغوط مادية اقتصادية المعاهد التعليمية لأطفالهم المتخلفين عقليا.

ثانيا: الاتجاهات المدرسية نحو المتخلف عقليا:

نظرا لأن الطفل المتخلف عقليا في حاجة إلي تعلم كيفية اســتخدام حواسه الجسمية ، لما يتصف به من ضآلة خبراته الحسية والإدراكيــة ، إذن فهو في حاجة إلي غرس المبادئ والعادات الضرورية لتنشأته تنشئة اجتماعية سليمة ، تشجعه علي تمثيل الأدوار لأنها تنمي لديـــه التفكــير والتخيل ، ومن الضروري أن يتعلم لنفسه وبنفسه ، وواجــب عليــه أن يتحمل المسئوليات التي تجعل منه فردا في الجماعة وعضوا في أســرته ومجتمعه ، ويلزم رعايته ومساعدته علي كيفية اتخاذ القرار بحيث يصل إلي حلول لمشكلاته ، ويواجه المواقف الأسرية والمدرسية والمجتمعيــة التي تواجهه ، كل هذا يتطلب أن تقــوم المدرســة والمعلميــن بــالدور الإيجابي بجانب دور الأسرة.

ولن يتم ذلك إلا في ضوء النظرة الشاملة والاتجاهــات الإيجابيــة من قبل المعلمين والمدرسة نحو المتخلف عقليا ، وقــد جــاءت نتــائج الدراسات التي أجريت في هذا المجال بالعديد من النتائج منها ما قام به.
Myein & Carr, (1975) Renton, (1978) Seperstein & Gattiel.

وكذلك ما قام به Koster & Kristine (1978) ، وصــالح هارون (١٩٨١) ، Stainback (1982) وإبراهيم قشــقوش (١٩٩١) ، وصبيحة فرج وجيلان القباني (١٩٩١).

وقد أجريت هذه الدراسات في مجملها عن اتجاهات المعلمين نحــو المتخلفين عقليا ، وعن تأثير وفاعلية تدريبهم وعمــل برامــج تعليميــة وإرشادية لهؤلاء المعلمين في فاعلية اتجاهاتهم نحو هــؤلاء المتخلفيــن عقليا ، وأسفرت النتائج عن الآتي:

- كانت هناك اتجاهات إيجابية أكثر نحو الأطفال المتخلفين عقليا بدرجة شديدة.
- كانت هناك اتجاهات إيجابية أكثر نحو إدماج تلاميذ مستويات التخلف العقلي الشديد في فصول عادية.
- هناك ضرورة لإعداد وتدريب وإرشاد مدرسي ومدرسات التلاميذ المختلفين عقليا وتعديل أو صقل اتجاهاتهم قبل وأثناء ممارستهم لمهنة التدريس مع الأطفال من هذه الفئة (إبراهيم قشقوش ، ١٩٩١).
- أوضحت النتائج أن الإعداد التربوي يؤدي إلى زيادة إيجابية اتجاهات معملي ومعلمات المتخلفين عقليا ، وإلي زيادة معلوماتهم التربوية حول أفراد هذه الفئة.
- فاعلية نظام الورش التعليمية في تعديل اتجاهات معملي المدارس العادية نحو المتخلفين عقليا ، وزيادة تقبل هؤلاء المعلمين لأطفال هذه الفئة.
- زيادة الاتجاهات الإيجابية لمعلمي ومعلمات التربية الفكرية نحو المتخلفين عقليا بعد الإعداد التربوي لهم.
- وجود علاقة إيجابية بين اتجاهات المعلمين وعمر الطفل المتخلف عقليا.

تعليم ورعاية وتأهيل المتخلفين عقليا

إن أكثر الفئات التي تواجه صعوبات في التعليم هي فئات المعلقين بمختلف نوعياتهم سواء المعاقين بصريا ، أو سمعيا ، أو ذهنيا ، أو حركيا أو غيرهم ، نظرا للتأثيرات السلبية التي يمكن أن تتركها الإعاقة علي نواحي كثيرة لدي المعاق ، نذكر منها القدرات العقلية لديه ، وإمكاناته للتعلم ، وقدرته علي التحصيل الدراسي ، والتقدم من صف دراسي لآخر ، بجانب نواحي التوافق النفسي والاجتماعي والتكيف مع الآخرين ، والانخراط في سلوك الآخرين ، والتي يظهر من خلالها مدي التأثير الذي تتركه الإعاقة علي هذه النواحي ، ما لم تتدخل الأساليب التربوية الحديثة في مواجهة الآثار السلبية لهذه الإعاقة لعلاج الصعوبات التي يمكن أن تنجم عنها وخاصة صعوبات التعلم.

وهناك ضرورة للتصدي لمشكلة صعوبات التعلم لدي المتخلفين عقليا ، وإلي ضرورة بذل المزيد من الجهد لعلاجهم ، وتعليمهم وتأهيلهم لمواجهة الحياة الاجتماعية والاندماج في المجتمع الذي يعيشون فيه ، حيث بلغت نسبتهم إلي ٣ % من عدد السكان في المجتمع ، وتزداد هذه النسبة ويمكن أن تصل إلي أكثر من ٧ % في المناطق الفقيرة ، والمزدحمة بالسكان. وقد أجريت دراسات متعددة تناولت العديد من البرامج والتدريبات المختلفة في مجال رعاية وتعليم وتدريب المتخلفين عقليا ، وأوضحت الصعوبات التي واجهتها في هذا المجال ، ورغم ذلك ، فإنها تقدم ولاشك معلومات ذات قيمة لتعليم وتدريب المتخلفين عقليا ، وترشدنا إلي عما نتوقعه من تلك الفئة في ضوء خصائصها وما نتوقعه منها ، ففي كثير من المواقف يمكن للمتخلف عقليا أن يتعلم مثل السوي فهو يتعلم الاستجابة الشرطية ، ويميز ويتعلم

المواقف ، ويحل المشكلات ، ويتعلم تكوين المفاهيم أو الاستجابة اللفظية ، كما أنها دعوة صريحة أمام العاملين في مجال رعاية المتخلفين عقليا ، لإدراك أهمية العوامل البيئية ودور الحوافز ومستوي الصعوبة ، والتدرج من السهل إلي الصعب ، ومن المحسوس إلي المجرد ، والتدريب المناسب ، والتكرار وغيرها.

وتشير هدي برادة إلي أن البرامج التربوية الإرشادية تسهم بدور فعال ، إلي جانب أشكال الرعاية الأخرى في تأهيل الطفل المعاق عقليا وإعداده للحياة في مجتمع يستطيع أن يستغل قدراته وإمكاناته إلي أقصي حد ممكن ، كما يستطيع أن يشق طريقه في الحياة مع الآخرين ، معتمدا علي ذاته.

وهناك مبادئ واعتبارات تربوية هامة ينبغي مراعاتها في التربية الخاصة للأطفال المعوقين وتتمثل في:

- المبدأ العام للتربية عموما وهو التعلم عن طريقة العمل.
- تنمية معلومات الطفل عن طريق الإدراك وتدريب الحواس المتعلقة بالبصر والسمع واللمس والذوق والشم وغيرها.
- أن تكون التعليمات اللفظية واضحة وبسيطة ، مع إعادتها من وقت لآخر.
- تشجيع المتخلف عقليا للقيام بالتعبير عن نفسه ، والتعليق اللفظي علي الأشياء والصور والمواقف.
- ضرورة مراعاة الفروق الفردية حتى بين المتخلفين أنفسهم وأثناء التعليم الجماعي.
- أن يكون ترتيب المادة في المواقف منظما من المادي الحسي إلي المجرد ، ومن المعروف والمألوف إلي المجهول وغير المألوف.

- أن يكون تنظيم المادة من السهل إلي الصعب ، لكي توفر للمتخلف فرص النجاح ما أمكن.
- ربط الموضوعات ببعضها البعض في مجموعات طبيعية ، مما يجعل مضمونها أسهل فهما علي الأطفال ، ويعمل علي تقوية وتحسين ارتباط الأفكار بعضها ببعض.
- أن يكون التعليم وظيفيا ، أي أنه أثناء التدريب المهني ، يتعلم المتخلف بعض الحاسبات البسيطة التي يحتاجها.
- تقديم المادة علي أجزاء وبالترتيب ، مع التأكد من نجاح التعلم في هذا الجزء قبل الانتقال إلي جزء آخر.
- العمل علي جذب انتباه المتخلف عقليا إلي العلامات المنتمية في الموقف بطريقة مقصودة ، فقد يساعده ذلك علي الانتباه للعلامات وربطها بالموقف.
- التنوع في استخدام أساليب تدريسية مختلفة ، مواد تعليمية متنوعة ، بحيث يستخدم المتخلف أكثر من قناة حسية واحدة.
- التنوع في المواقف والخبرات التي تتصل بتعليم مفهوم واحد من أجل تعزيز هذا المفهوم.
- التعزيز المستمر سواء التعزيز المادي بالمكافئات العينية والمادية ، أو اللفظي بالمديح والتشجيع.
- شعور الطفل باندماجه داخل الفصل الدراسي ، ومساعدته أن يقدر مستواه بالنسبة لباقي زملائه في الفصل.
- التقبل الاجتماعي للطفل المتخلف عقليا.
- لابد أن تتضمن تربية المتخلفين كل من التربية البدنية ، والفن ، والكلام ، والعمل اليدوي.

ولابد أن يراعي أن المتخلف عقليا يحتاج إلي ما يسمي بالتدريب والتدريس العلاجي والعملي علي بعض الآداءات والمهام والأعمال الملائمة له ، والمتفقة مع قدراته المحدودة ، علي أن يعتمد في أدائه لهذه الأعمال علي نفسه بعد تدريب كافي عليها ، وبالتالي اعتماده علي الآخرين بالتدرج ، وينجم عن ذلك أشياء كثيرة إيجابية مثل استقلالية المعاق عقليا ، ولو أنها نسبية ، وحدوث التكيف الشخصي له ، ويترتب عليه أيضا حدوث التوافق الاجتماعي مع الآخرين. وأن أسلوب التدريب العلاجي الجيد لهؤلاء الأفراد يتيح فرص إخراج إمكاناته وقدراته المحدودة ، والاستفادة منها إلي أقصي حد ممكن.

الصحة النفسية للمتخلف عقليا وبرامج التربية الخاصة:

تهدف البرامج إلي إعادة تربية الطفل بأساليب تربوية خاصة تمكنه من استثمار ذكائه المحدود ، وإمكاناته ، وقدراته الخاصة بأفضل الطرق الممكنة وإلي أقصي حد ممكن ، ومساعدته علي تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي ، وإعداده مهنيا لتحقيق التوافق الاقتصادي.

ولذا يجب مراعاة مبادئ الصحة النفسية في وضع برامج تعليم وتدريب وتأهيل المتخلفين عقليا والتي تشمل مناهجهم وطرق تدريسهم وأنشطتهم مع مراعاة ما يلى :-

- أن يراعي في تخطيط البرنامج التربوي أنواع النشاط التي تجعل الطفل نشطا في كل المواقف وتشجعه علي الاستمرار في النشاط ، وتكون الأنشطة من النوع الذي يثير اهتمام الطفل ، مع تقديم الخبرات والمعارف الإنسانية المناسبة للطفل المتخلف عقليا ، بجانب خبرات القراءة والكتابة والحساب.

- ضرورة أن يتمشى البرنامج مع قدرات الطفل المتخلف عقليا وميوله وتدفعه إلي النجاح.
- أن تكون المواد العلمية والأنشطة مناسبة لهؤلاء الأطفال المتخلفين عقليا حتى لا تسبب لهم احباطات بسبب صعوبتها.
- يجب تقليل فترات العمل حتى لا يشعر الطفل المتخلف عقليا بالملل ، حيث يصعب علي هؤلاء الأطفال تركيز انتباههم لفترات طويلة.
- ربط الدراسة باللعب ، حيث الاهتمام بالنمو الحركي واللعب كوسيلة تعليمية مناسبة لتلك الفئة من الأطفال ، أي الجمع بين اللعب والتسلية والرفاهية من ناحية ، وبين تعميق إدراكهم بالأدوار الاجتماعية والأنشطة المختلفة ، فضلا عن اكتساب المهارات والخبرات والأدوار الاجتماعية عن طريق التمثيل الإدراكي.
- ربط الدراسة النظرية بالخبرة الحسية المباشرة الحية ، وذلك من خلال قيام الأطفال بأعمال وأنشطة يتعلمون من خلالها ، ويعني هذا ضرورة توافر بيئة مدرسية غنية متنوعة من الأنشطة والخبرات الحية ، بجانب زيارات ميدانية للتعرف علي الطبيعة.
- تشجيع الأطفال علي القيام وحدهم بالأعمال واعتمادهم علي أنفسهم قدر الإمكان ، وتشجيعهم علي زيادة العمل والإنجازات ، وتوفير المناخ الاجتماعي المناسب والمعاملة الحسنة.
- استعمال العبارات المشجعة التي تؤدي إلي شعور الطفل المعوق بالثقة في نفسه ، وتدفعه للعمل والنشاط ، وتجنب استعمال التهديد والوعيد وأسلوب العقاب والتوبيخ والتأنيب ، وكذلك تجنب العنف وإظهار مشاعر الضيق.

- تشجيع الأطفال المتخلفين عقليا الذين ينسحبون من الجماعة ولا يشتركون في أنشطتها ، وذلك عن طريق إتاحة الفرص لهؤلاء الأطفال والمواقف المختلفة التي يتمرن فيها الطفل علي الأخذ والعطاء والتعاون مع الآخرين ، والتي تشعرهم بالنجاح وإبراز شخصياتهم وتشجيعهم علي تكوين علاقات اجتماعية.
- ضرورة توافر الصفات التربوية والشخصية في المربي الذي يتعامل مع الأطفال المتخلفين عقليا من دراية وخدمة ، وطرق التعامل ، وحب المدرس وعطفه.

أهداف برامج التربية والتأهيل للأطفال المتخلفين عقليا:

- التوافق الشخصي والانفعالي.
- التوافق الاجتماعي.
- الإعداد المهني.

متطلبات البرنامج التربوي للمتخلفين عقليا:

هناك إجراء مسبقة لوضع برنامج تربوي خاص:

- الفحص الطبي والنفسي والاجتماعي الشامل للطفل المتخلف ، بحيث يكون لكل طفل سجل خاص يتضمن كل البيانات اللازمة لتشخيص حالته ، ومتابعتها طوال فترة تأهيله في المؤسسات التربوية ، وتشمل نتائج اختبارات الذكاء والنطق والكلام والتوافق الاجتماعي والشخصي للطفل دوريا.
- تنظيم الفصل الدراسي مع مراعاة تجانسه علي قدر المستطاع ، كأن يحتوي الفصل علي مجموعة صغيرة من الأطفال المتخلفين عقليا (٨-١٠ تلميذ) حتى يتمكن المدرس من مراعاة الفروق

الفردية ، ودراسة كل حالة علي حدة ، وتوجيــه الرعايــة الفرديــة اللازمة لكل طفل.

- ضرورة إعداد المعلم المتخصص في التربية الخاصـــة بـــالمتخلفين عقليا إعدادا تربويا ومهنيا مناسبا ، لكي يستطع العطاء والمســـاعدة لهذه الفئة الخاصة من الأطفال ، علـــي أن تتوافــر لديــه الخــبرة بخصائص نمو الطفل المتفوق عقليا ومشكلاته الانفعالية ، وأســاليب رعايته التربوية والنفسية وطرق التدريس المناسبة ، وكيفية استخدام وسائل الإيضاح المعينة ، والأنشطة التي تتفــق وقــدرات التلاميــذ المتخلفين عقليا.
- ضرورة تعاون كل المتخصصيـــن: أطبــاء ، أخصـــائي نفســي ، أخصائي اجتماعي وتربوي ، معلم ، أخصائي عصبية ونفسية.
- توفير الأدوات اللازمة ، والأجهزة والمعدات ،ووســائل الإيضـــاح والتأهيل للمتخلف عقليا. (نعيم الرفاعى).

وبعد الانتهاء من ذلك يجب أن تتركز البرامج المعدة للمتخلفيـــن عقليا حول:

- ملاحظة الأشياء المحسوسة.
- لمس الأشياء المحسوسة.
- التعرف علي الصور وإدراكها.
- التعرف علي بعض الرموز.
- استخدام الرموز في عمليات مركبة بسيطة. (كمال مرسي).

الاحتياجات التربوية اللازمة لتصميم برامج المتخلفين عقليا:

- توفير الملاعب بمدارس المتخلفين عقليا ، وتوفـــير اللعـــب الحـــر الفردي والجماعي ، من أجل رفع روحهم المعنوية وإحساسهم بأنـــهم

أفراد لهم أهميتهم ، ومحاولة إصلاح الكثير من العيوب الجسمية واتزان الحركة.

- توفير المبني المدرسي المناسب لنوع الإعاقة ، مع توفير الأدوات والتجهيزات المناسبة لتدريب وتأهيل المتخلفين عقليا.
- توفير الأدوات اليدوية ، وأدوات الزراعة ،والاقتصاد المنزلي التي تنمي الأنشطة المتنوعة عند التلاميذ.
- إعداد حجرات الدراسة إعدادا يلائم المتخلفين عقليا من حيث:

أ- مساحة الفصل ، حيث تنظم المقاعد علي مسافات واسعة علي هيئة حدوة حصان ، بما يتاح رؤية المعلم لكل التلاميذ بسهولة.

ب- إضاءة كافية داخل الفصل لإمكانية ملاحظة المتخلفين عقليا داخل الفصل لوجه المعلم ، لإدراك حركات الوجه والشفتين أثناء تحدث المعلم معهم.

جـ- السبورات واللوحات الإضافية كمعينات أساسية للمعلم ، لتدوين الحروف والأرقام لمراجعتها وتكرارها من وقت لآخر.

د- إعداد ملفات لكل طفل تدون فيها حالته ولكل ما يمكن ملاحظته ، ونتائج المقاييس التي تطبق عليه ، للتعرف علي مشاكله ، وتطوراته.

علاج المتخلفين عقليا:

يتم العلاج علي مستويات:

أولا: العلاج الطبي Medical Therapy :

توضح رابطة الطب النفسي علي أنه من خلال توفير الخدمات المناسبة علي مدي زمني كاف بتحسن الأداء الشامل للمتخلف عقليا بصفة عامة (Am. Ass. 1990).

وهو محاولة علاج الحالات التي يمكن علاجها خاصة التي تكون العوامل الوراثية فيها هي المحددة للتخلف العقلي ، وعندما يكون التخلف العقلي مصحوبا بأمراض جسمية ، وعلاج أي خلل في أعضاء الإحساس ، وعلاج حالات خلل إفراز الغدد الصماء ، وخاصة الغدة الدرقية ، وقد يحتاج للجراحة في حالة الاستسقاء ، والعقاقير المخدرة لتسكين السلوك وازدياد النشاط.

ثانيا: التأهيل Rehabilitation :

وهي محاولة اكتساب الأطفال المتخلفين مهارات عملية ومهنية وتدريبهم علي تنمية قدراتهم الاجتماعية ، وتدريبهم علي النطق والكلام إذا اقتضى الأمر ذلك (قتيبة الجلبى).

ثالثا: العلاج التربوي:

يشمل إعادة تربية الطفل بأساليب تربوية خاصة يمكن من استثمار ذكائه المحدود وإمكانياته بأفضل طريقه ممكنة ، ومساعدته علي القيام بأي عمل مفيد يكتسب منه قوته ، وقد يستلزم ذلك تعليمه في مدارس التربية الفكرية بأساليب متخصصة تربوية علاجية مع فئة المأفون. (زهران).

ويشير كمال الدسوقى بأن الطفل المتخلف ليس مشكلة طبية فحسب ، بل هو مشكلة أسرية ونفسية وتربوية واجتماعية واقتصادية أيضا ... يؤثر البيت والمدرسة والجيران والنظام الاجتماعي في اطراد تحسنه أو تأخره ، مع أنه في الحالات التي يغلب علي التخلف العقلي فيها عوامل البيئة هذه أو التي تم فيها تخلف العقل لدي الكبار ، يكون العلاج النفسي التأهيلي والتربوي هو الأجدى. كما أن التحليل النفسي

للمشاكل الانفعالية لناقص العقل هو العلاج المفضل لتهيئة جو ملائم لتحسن المريض وإعادة توافقه بالآخرين.

إرشاد المعاقين عقليا:-

هناك عدة مبادئ أساسية في إرشاد الطفل المعاق عقليا:

١- أن الطفل المعاق عقليا هو طفل أولا قبل كل شئ ، ويجب التعامل معه من هذا المنطق ، أي أن له جميع مطالب واحتياجات الطفل العادي ، بالإضافة إلي ما تفرضه الإعاقة من متطلبات خاصة.

٢- أن للإعاقة العقلية معان مختلفة بالنسبة لكل طفل معاق ، حيث أن لكل طفل خصائصه النفسية رغم إعاقته ، كما أن له ردود أفعاله الخاصة.

٣- ضرورة تدريب الطفل المعاق عقليا علي المهارات الأساسية للتكيف مع محيطه ، وإشباع أساسيات حاجاته ، حتى ندعم شخصيته. ونقوي دافعه الذاتي للنمو والتحسن.

٤- تشجيعه علي اكتشاف جسمه ، ومعرفة أعضائه ، ووصف مشاعره وانفعالاته ، وتدريبه علي التعبير عنها ، وتدعيم كل إنجاز يحققه مهما كان محدودا.

٥- إتاحة فرص الاكتشاف أمامه ، وتعزيز التعلم بالخبرة المباشرة ، وتأكيد مشاعر الإحساس بالأمن ، والبدء معه من حيث يستطيع ، فكل ذلك يحسن مفهومه عن ذاته.

٦- التشجيع المستمر للاعتماد علي ذاته ، وتدريبه علي تحقيق الاستقلالية ، واعتبار ذلك هدفا أساسيا في تربيته ، والاستفادة من قدراته مهما كانت محدودة في تحقيق مطالبه لنفسه.

٧- لا ضرر من أن يعاني الطفل المعاق عقليا بعض الشيء ، وإن ترتب علي ذلك بعض الإحباط ، لأننا نعده للحياة ، وفي الحياة لابد أن يواجهه تحديات ، أما إحاطته بحماية زائدة فلن يطور لديه استراتيجيات التعايش مع قصوره.

٨- مكافأة الطفل علي أي تحسن في أدائه ، وعدم التركيز علي مواطن ضعفه ، بل التركيز علي مواطن القوة لديه.

٩- تقديم المساعدة له عندما يكون في حاجة إليها فقط ، حتى نتيح له فرصة لتنمية مهارات الإستقلال ، وضرورة الإصغاء له وملاحظته جيدا كي نتعرف علي احتياجاته.

١٠- عدم الاستخفاف بالطفل ، أو السخرية منه ، أو من الجهد الذي يبذله ، والتحلي بالصبر في التعامل مع أخطائه ، وتحمل صعوباته.

١١- الإعاقة لا تعني ترك الطفل يعمل ما يريد بلا مساءلة ، ولكن يجب تعويده تدريجيا علي الإتيان بالاستجابات المناسبة.

١٢- الإخلاص والصدق في التعامل مع الطفل المعاق ، وعدم إيهامه بأنه لا يعاني من مشكلات عميقة ، أو إيهام وأهله بعلاج سحري ، أو بأمل خادع.

١٣- عدم الاستسلام لليأس ، ولنتذكر دائما أنه لا مستحيل مع الإخلاص والتصميم ، وأن الطفل سيتعلم ولكن بصعوبة ، وسوف ينمو ولكن ببطء.

مبادئ أساسية في إرشاد أسرة الطفل المعاق عقليا:

١- أن مشكلة الطفل المعاق عقليا هي مشكلة الأسرة كلها ، وعلي المرشد النفسي أن يتبني اتجاهات واقعية نحو الأسرة ، وأن يتفهم مشكلاتها ، وهمومها ومشاغلها الأخرى.

٢- التعرف علي هموم أسرة الطفل المعاق من وجهة نظرهـــا ، لأن كثيرا من العلاقات المهنية بين الأخصائيين والأسرة تفشل مبكـوا ، لأن المرشد عجز عن التعرف الصحيح علـــي مطـــالب الأســـرة الحقيقية.

٣- أن لا يفترض المرشد النفسي أن يفهم الطفل المعـــاق ومشـــكلاته أكثر من والديه ، حيث أن العلاقة البناءة بين المرشـــد والأســـرة تعود بفوائد إيجابية علي الطفل ، والأسرة ، وعلي جهود المرشـــد ذاته.

٤- أن يعي المرشد النفسي أنه لا يتعامل مع مشكلات في فراغ ، بـــل مع مشكلات في بشر ، فقد تتشـــابه مشـــكلات الآبـــاء ، ولكنـــهم يتوزعون في مستويات متفاوتة في مواقفهم من تلـــك المشـــكلات قبولا أو رفضا ، كما أنهم لا يستمرون في نفس المواقف من حيث القبول أو الرفض مع مرور الوقت ، فالمشكلة الإنســـانية يختلـــف الإحساس بها حدة عبر الزمن.

٥- ضرورة التركيز علي تحرير الوالدين من المشـــاعر الســـلبية ، وردود الأفعال المرضية ، لأن أي محاولة لتعديل وتنمية ســـلوك الطفل المعاق عقليا لن يكتب لـــها التحقـــق دون دعـــم الوالديـــن وتعاونهما.

وهذا يستلزم أن يأخذ المرشد النفسي العوامل الانفعالية للأسرة في حسباناته.

٦-أن يأخذ المرشد النفسي في اعتباره ، أن أسرة الطفل المعاق عقليـا أسرة مأزومة نفسيا ، ولذا فلابد من إتاحة الفرصة كاملة ودائمـــة أمـــام الوالديـــن للتعبـــير عـــن مشـــاعرهم ، وأن نحـــترم تلـــك

المشاعر رغم عدم منطقيتها مع توفير قدرا من التعاطف مع ضعفهم البشرى .

٧-مساعدة الوالدين على تبنى أنماط تفكير واقعي ، وعلى قبول تقييم عقلاني ومرن للواقع ، والعمل على تطوير الممكن والمتاح ، وترشيد الطموحات الوالدية في ضوء أهداف واقعية وتنمية قدراتهم على تحمل الأخطاء والتعايش مع الصعوبات.

٨-تنمية مصادر مقاومة الضغوط النفسية ، والتي تساعد الآباء في الحفاظ على سلامتهم النفسية والجسمية أمام الضغوط ، وذلك من خلال تنشيط عملية المبادأة ودعم روح التحدي ،وإشعار الفرد بقيمته وتنمية كفايته واقتداره ورفع استعداده لتحمل المسئولية.

٩-دعم الصلابة النفسية للوالدين كمتغير سيكولوجي يخفف من وقع الأحداث الضاغطة ، ودعم العوامل الاجتماعية المهمة في المساندة والتي تعمل كعوامل مخففة أو معدلة ، أو واقية لضغوط الواقع.

١٠- مساعدة الوالدين على فهم واستيعاب الحقائق الآتية بشأن طفلهم :-

(أ) فهم معنى الإعاقة في نطاق الحالة الخاصة لطفلهم.

(ب) فهم درجة إعاقة طفلهم ، وما تعنيه في المستقبل .

(جـ) فهم قدرات وإمكانات طفلهم وحاجاته وصعوباته.

(د) تقدير تأثير هذه الإعاقة على حياة الأسرة وعلى أخوته في الأسرة، وعليهم كآباء ، وعلى درجة توافق الأسرة مع جيرانها.

(هـ) التمييز بين تخلف الطفل ، وبين سلوكه كحقيقتين مستقلتين ، وأن سلوك الطفل يمكن تعديله وتخفيف سلبياته بواسطة استراتيجية

تربوية مناسبة، بينما التخلف العقلي أمر لا نستطيع تغييره (شـــاكر قنديل).

هذا وبالله التوفيق

المؤلفة

قائمة المراجع

- *علي الخطيب (١٩٧٨):* دراسة كلينيكية لمدي فاعلية اختبار تفهم الموضوع TAT في تشخيص الهستيريا. ماجستير كلية التربية ، جامعة طنطا.

- *سيد غنيم ، هدي برادة (١٩٦٥):* التشخيص النفسي ، دراسات في اختبار رورشاخ. دار النهضة العربية.

- *محمد الطيب (١٩٩٦):* مناهج البحث في علم النفس.

- *صلاح مخيمر (١٩٧٨):* في العلاج السلوكي. ألا نجلو المصرية.

- *محمد الطيب (١٩٧٧):* دراسة تحليلية مقارنة لتبيين مدي إمكانية تشخيص العصاب القهري باستخدام TAT . دكتوراه كلية التربية ، جامعة طنطا.

- *فيصل خير الزراد (١٩٨٨):* علاج الأمراض النفسية. دار العلم للملايين.

- *ابتسام السطيحة (١٩٩٧):* أثر استخدام كل من العلاج السلوكي المعرفي والتعلم بالملاحظة في تعديل بعض خصائص الأطفال مضطربي الانتباه ، دكتوراه كلية التربية. طنطا.

- *مصطفي فهمي (١٩٦٧):* علم النفس الإكلينيكي - مكتبة مصر.

- *جوليان روت (ترجمة) عطية هنا (١٩٨٤):* علم النفس الإكلينيكي ، دار الشروق.

- *ايمن جيرة (١٩٨٩):* تكنيك المقابلة الإكلينيكية مع الأطفال. مجلة علم النفس ، (٩) الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- *عبد الرحمن العيسوي (١٩٧٩):* العلاج النفسي ، دار الفكر الجامعي.
- *عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٧):* العلاج السلوكي ، دار الفكر الجامعي.
- *حامد زهران (١٩٨٠):* التوجيه والإرشاد النفسي ، عالم الكتب.
- *حامد زهران (١٩٨١):* الصحة النفسية والعلاج النفسي ، عالم الكتاب.
- *أنطوني ستور (ترجمة) لطفي فطيم (١٩٩١):* فن العلاج النفسي: النهضة المصرية.
- *لويس مليكة (١٩٨٠):* علم النفس الإكلينيكي ، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- *مصطفي سويف (١٩٨٥):* علم النفس الإكلينيكي ، تعريفه وتاريخه في مرجع في علم النفس الإكلينيكي. دار المعارف.
- *هانز أيزنك (ترجمة) عبد الحليم محمود (١٩٨٥):* التصنيف ومشكلة التشخيص في سيكولوجية الشذوذ. في : مرجع في علم النفس الإكلينيكي . دار المعارف.
- *عطوف ياسين (١٩٨٦):* علم النفس العيادي . دار العلم للملايين.
- *تقرير هيئة الصحة النفسية العالمية (ترجمة) زين العابدين درويش (١٩٨٥):* دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في مؤسسات الصحة النفسية: في مرجع في علم النفس الإكلينيكي ، دار المعارف.

- *مونتجو مري شابيرو (ترجمة) صفوت فرج (١٩٨٥):* متطلبات قيام علم نظامي للمريض النفسي ودلالات هذا العلم. في: مرجع في علم النفس الإكلينيكي. دار المعارف.

- *ليلي حلمي (١٩٨٠):* دراسة لطبيعة اضطراب شكل التفكير لدي فئات وفصامية مختلفة ، ماجستير ، كلية الآداب. عين شمس.

- *نيفين زيور (١٩٧٩):* التبول اللارادي عند الأطفال ، دكتوراه ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس.

- *فريدة السماحي (١٩٨٢):* تشخيص الاكتئاب عند الأطفال باستخدام CAT . ماجستير كلية التربية. جامعة طنطا.

- *شيهان شعبان (١٩٨٢):* تشخيص الرهاب عند الأطفال باستخدام CAT ، ماجستير كلية التربية ، جامعة طنطا.

- *لاجاش دانيل (ترجمة)صلاح مخيمر (١٩٦٥):* وحدة علم النفس ، الأنجلو المصرية.

- *ناريمان رفاعي (١٩٧٩):* دراسة لمستوي العدوانية عند العميلوات بمقارنته عند البصرات. ماجستير ، كلية التربية . جامعة طنطا.

- *ابتسام السطحية (١٩٩١):* دراسة تشخيصية لاضطراب الانتباه عند الأطفال ، ماجستير ، كلية التربية . جامعة طنطا.

- *زينب شقير (١٩٩٠):* دراسة كلينيكية مقارنة لبعض جوانب الشخصية للمرأة العاملة بكليات البنات بالسعودية ، ومصر. كلية التربية ، بطنطا ٨ (ب).

- *مايسه شكري (١٩٩٣):* الفروق في نمط السلوك (أ) لدي ثلاث فئات كلينيكية من المرضي الذكور الراشدين ، دراسات نفسية ، (٥) ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية.

- *زينب شقير (١٩٩٨):* الحواجز النفسية وصورة الجسم والتخطيط للمستقبل لدي عينة من ذوي الاضطرابات السوماتوسيكولوجية ، المؤتمر الرابع عشر لعلم النفس في مصر.

- *زينب شقير (١٩٩٦):* القيمة التنبؤية لبعض الحالات الكلينيكية المختلفة من الطمأنينة النفسية والتفاؤل والتشاؤم وقلق الموت. مجلة كلية التربية بطنطا ، (٢٣).

- *زينب شقير (١٩٩٩):* دراسة مقارنة لبعض المتغيرات النفسية لدي عينة من المصابين بالربو الشعبي من تلاميذ الحلقة الثانية من مرحلة التعليم الأساسي ، مجلة الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس.

- *زينب شقير (١٩٩٨):* مقياس قلق الموت. النهضة المصرية.

- *زينب شقير (١٩٩٨):* مقياس مواقف الحياة الضاغطة ، النهضة المصرية.

- *زينب شقير (١٩٩٨):* مقياس الاحتراق النفسي ، النهضة المصرية.

- *زينب شقير (١٩٩٨):* مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي ، النهضة المصرية.

- *زينب شقير (١٩٩٨):* مقياس المعتقدات نحو المرض النفسي ، النهضة المصرية.

- *زينب شقير (١٩٩٨):* مقياس صورة الجسم ، النهضة المصرية.

- زينب شقير (١٩٩٨): مقياس الحواجز النفسية ، النهضة المصرية.

- *زينب شقير (٢٠٠٠):* مقياس اضطرابات الأكل ، النهضة المصرية.

- *زينب شقير (٢٠٠٠):* مقياس المخاوف للأطفال ، النهضة المصرية.

- *زينب شقير (٢٠٠٠):* مقياس فقدان الشهية العصبي ، النهضة المصرية.

- *زينب شقير (٢٠٠٠):* مقياس الشره العصبي ، النهضة المصرية.

- *زينب شقير (١٩٩١):* أضواء علي النفس الإنسانية من منظور إسلامي ، مجلة كلية التربية بالمنوفية.

- *عبد الستار إبراهيم (١٩٨٠):* العلاج النفسي الحديث . علم المعرفة ، دار المعارف.

- *محمد الطيب (١٩٨٨):* محاضرات في العلاج النفسي ، كلية التربية ، جامعة طنطا.

- *مصطفي فهمي (ب ، ت):* الصحة النفسية ، مكتبة الخانجي.

- *محمد الطيب (١٩٨١):* تيارات جديدة في العلاج النفسي ، دار المعارف.

- *إبراهيم محمود (١٩٩١):* مدي فعالية العلاج الوجودي فـــي شـــفاء الفراغ الوجودي واللامبالاة البائسة لـــدي الطـــلاب الفاشلين دراسيا ، دكتوراه ، كلية التربية - الزقازيق.
- *إسماعيل بدر (١٩٩١):* دراسة تجريبية لأثر العـــلاج بـــالمعني في خفض مســـتوي الاغـــتراب لـــدي الشـــباب الجامعي ، دكتوراه كلية التربية الزقازيق.
- *زينب العايش (١٩٩٤):* مدى فعالية العـــلاج بـــالمعنى كأســـلوب إرشادي في تخفيف بعض الاضطرابات السلوكية فـــي مرحلـــة المراهقـــة ، دكتـــوراه ، معـــهد دراســـات الطفولة ، عين شمس.
- *سيد عبد العظيم (١٩٩٦) :* مدي فعالية العلاج بـــالمعني الوجـــودي وفنية التفجر الداخلي في علاج الاكتئـــاب التفـــاعلي لدي عينة من طلبة الجامعة. دكتوراه ، كلية التربية . اليبنا.
- *سيد عبد العظيم (١٩٩٨):* أثر الإرشاد بالمعني في خفـــض خـــواء المعني لدي عينة من العميان. مجلة الإرشاد النفســـي (٨).
- *لطفي فطيم (١٩٩٤):* العلاج النفسي الجمعي ، الأنجلو المصرية.
- *دافيد مارتن (ترجمة) صلاح مخيمر (١٩٧٣):* تيارات فـــي العـــلاج النفسي. الأنجلو المصرية.
- *ســـيد صبحـــي (١٩٨٨):* الانســـان وصحتـــه النفســـية ، المركـــز النموذجى ، القاهرة.
- *مجدي الشهاوي:* التنويم المغناطيسي بين الحقيقة والخرافة.

- *عماد الدين سلطان:* الطب النفسي.
- *أحمد عكاشه (١٩٩٨):* الطب النفسي.
- *أكرم طاشكندي:* مجلة سيدتي التنويم المغناطيسي ، هل يشفي من الأمراض ؟
- *محمد سعد حسين (١٩٧٦):* العوامل النفسية المرتبطة بالعدوان وأثر النشاط الرياضي التنافسي في تعديلها. دكتوراه ، كلية التربية. الأزهر.
- *عصام عبد العزيز (١٩٨٦):* المتغيرات النفسية المرتبطة بسلوك المراهقين العدوانيين ، وأثر الإرشاد النفسي في تعديله ، مجلة كلية التربية - سوهاج.
- *أحمد مطر (١٩٨٦):* دراسة العلاقة بين العدوان والعوامل البيئية ومدي فاعلية الإرشاد النفسي في تخفيف العدوان ، دكتوراه ، كلية التربية - السويس.
- *صلاح عبود (١٩٩١):* مدي فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف حدة السلوك العدواني لدي طلاب الحلقة الثانية من التعليم الأساسي ، ماجستير ، كلية التربية - أسوان.
- *وفاء عبد الجواد وعزة عبد الفتاح (١٩٩٩):* فعالية برنامج لخفض السلوك العدواني باستخدام اللعب لدي الأطفال المعاقين سمعيا. مجلة علم النفس ، (٥٠). الهيئة العامة للكتاب.

- *زكية درجات (١٩٧٢):* دراسة تجريبية للتغيرات التي تطرأ علي الأطفال المشكلين اجتماعيا خلال فترة العلاج النفسي غير الموجه عن طريق اللعب. ماجستير. كلية التربية - عين شمس.

- *فريدة السماحي (١٩٨٨):* دراسة مقارنة لأثر كل من العلاج الجماعي عن طريق اللعب وبرنامج التدعيم الاجتماعي علي سلوك وديناميات الأطفال الاكتئابيين ، دكتوراه. كلية التربية. طنطا.

- *مدحت أبو زيد (١٩٩٨):* الفروق بين ذوي العلاج الداخلي والعلاج الخارجي من معتمدي الهيروين ، مجلة الإرشاد النفسي ، ٨ (٦).

- *عبد الوهاب كامل (١٩٩٩):* مبادىء علم النفس . النهضة المصرية.

- *عبد الحميد الهاشمي (١٩٨٦):* التوجيه والإرشاد النفسي ، ط ١ ، دار الشروق.

- *سليمان الريحاني (١٩٨٧):* الأفكار اللاعقلانية عند الطلبة الأردنيين وعلاقته بالجنس والتخصص ، مجلة دراسات. عمادة البحث العلمي ، الأردن.

- *عبد الستار إبراهيم (١٩٩٣):* العلاج السلوكي متعدد المحاور ومشكلات الطفل ، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- **عبد اللطيف عمارة (١٩٨٥):** العلاج العقلاني الانفعالي لبعض الأفكار الخرافية لدي عينة من طلاب الجامعة. دكتوراه ، كلية التربية. عين شمس.

- ***عباس عوض وعزت الطويل (١٩٧٦):*** استراتيجيات الإرشاد النفسي وتعديل السلوك الإنساني ، دار المطبوعات.
- ***محمد الشيخ (١٩٨٦):*** أثر كل من العلاج العقلاني الانفعالي والتحصيل المنهجي في تخفيف قلق الامتحان. دكتوراه ، كلية التربية. جامعة طنطا.
- ***محمد محروس (١٩٩٤):*** نظريات الإرشاد النفسي والعلاج النفسي. دار غريب.
- ***سهير أمين (١٩٩٦):*** مدي فاعلية استخدام أسلوب الإرشاد الجماعي في تعديل السلوك اللاتوافقي لدي المعاقين عقليا والمصابين بأعراض دوان من فئة القابلين للتعلم ، مؤتمر الإرشاد النفسي الثالث ، الجزء الثاني.
- ***السيد الجندي (١٩٩٦):*** برنامج إرشادي مقترح لتعديل بعض الانحرافات السيكوباتية المرتبطة بالمتغيرات الأسرية والمدرسية لذوي الإعاقة السمعية ، مؤتمر الإرشاد النفسي الثالث ، الجزء الثاني.
- ***راشد السهل (١٩٩٦):*** استخدام الإرشاد السلوكي المتعدد المحاور في علاج قلق الانفصال عن الأم الناتج عن العدوان العراقي علي دولة الكويت (دراسة حالة) ، مجلة الإرشاد النفسي ، ٤ (٥).
- ***هشام مخيمر (١٩٩٦):*** مدي فاعلية برنامج إرشادي في تنمية النضج الخلقي لدي المراهقين الجانحين (ملخص دكتوراه). مجلة الإرشاد النفسي ، ٤ (٥).

- ***جليلة القيسي (١٩٩٦):*** أثر برنامج إرشادي مقترح في خفض مستوي الخوف لدي عينة من الطالبات الجامعيات السعوديات (ملخص دكتوراه). مجلة الإرشاد النفسي ، ٤ (٥).

- ***لطفي الشربيني و عبد الفتاح دويدار و فاطمة عياد (١٩٩٥):*** الإرشاد النفسي للأطفال المساء معاملتهم ، مؤتمر الإرشاد النفسي الثاني ، ص٢.

- ***سهام عبد الحميد (١٩٩٧):*** برنامج إرشادي لتخفيف حدة السلوك الانطوائي لدي المعاقين بصريا ، مؤتمر الإرشاد النفسي الرابع ، الجزء الثاني.

- ***سهير أمين (١٩٩٧):*** فاعلية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدواني لدي الأطفال المعاقين عقليا مجلة الإرشاد النفسي.

- ***محمد كامل (١٩٩٠):*** دراسة لأثر استخدام برنامج التحكم الذاتي لعلاج الاكتئاب ، ماجستير، كلية التربية ، جامعة طنطا.

- ***أحمد متولي (١٩٩٣):*** مدي فاعلية التدريب علي المهارات الاجتماعية ، والعلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدي طلاب الجامعة. دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة طنطا.

- ***زينب شقير (١٩٩٤):*** فاعلية الإرشاد النفسي في التأثير علي سلوك الخجولات ، مجلة التربية المعاصرة ، ٣٤ (١١).

- *زينب شقير (١٩٩٩):* فعالية استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي في علاج بعض حالات الشره العصبي من طلاب الجامعة. مجلة رانم.
- *زينب شقير (١٩٩٩):* فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي متعدد المحاور (مقترح) في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط. المجلة التعلمية لكلية الأداب . جامعة المنيا.
- *ايمان أبو رية (٢٠٠٠):* أثر استخدام برنامج تكاملي للتدريب علي بعض فنيات التحكم الذات في تعديل سلوك فرط النشاط عند الأطفال ، دكتوراه ، كلية التربية. جامعة طنطا.
- *سيد أحمد البهامي (١٩٩٣):* فعالية أسلوبي السيكودراما والقراءة المتزامنة في علاج حالات التلعثم. دكتوراه ، كلية التربية. جامعة طنطا.
- *ايمان أبو رية (١٩٩٢):* فعالية التدريب علي العائد البيولوجي لنشاط العضلات الكهربي والاسترخاء في خفض قلق الامتحان. ماجستير ، كلية التربية. جامعة طنطا.
- *باترسون (ترجمة) حامد الفقي (١٩٩٠):* نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، طـ٢ ، دار العلم ، الكويت.
- *هالة بخش (١٩٩١):* الكفايات التعليمية وطرق تنميتها ، دار عكاظ للنشر. جدة.

- ***مجدي حبيب (١٩٩٥):*** دراسات في أساليب التفكير. النهضة المصرية ، القاهرة.

- ***صلاح عراقي (١٩٩١):*** العلاج المعرفي السلوكي ومدي فاعليته في علاج مرضي الاكتئاب العصابي ، دكتوراه ، كلية التربية. بينها - جامعة الزقازيق.

- ***حسن عبد المعطي (١٩٩٨):*** العلاج المعرفي بين النظرية والتطبيق ، النهضة المصرية.

- ***لويس مليكة (١٩٩٠):*** العلاج السلوكي وتعديله ، دار القلم ، الكويت.

- ***محروس الشناوي (١٩٩٤):*** دراسة التنكير نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، دار غريب للطباعة القاهرة.

- ***جير كوزي (ترجمة) طالب الخفاجي (١٩٨٥):*** الإرشاد والعلاجي النفسي ، مكتبة الفيصلية. السعودية.

- ***عبد الستار إبراهيم ، عبد العزيز الدخيل ، رضوي إبراهيم (١٩٩٣):*** العلاج السلوكي المتعدد المحاور ومشكلات الطفل ، مجلة علم النفس ، ٧ (٢٦) ، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- ***حسام الدين عزب (١٩٩٨):*** العلاج السلوكي الحديث ، الأنجلو المصرية.

- ***عبد الستار إبراهيم وأخرون (١٩٩٣):*** العلاج السلوكي للطفل. عالم المعرفة.

- ***هارولد ريجنالد بيتش (ترجمة) فيصل الزراد (١٩٩٢):*** تعديل السلوك البشري ، دار المريخ. السعودية.

- *عبد الرحمن سليمان وهشام عبد الله (١٩٩٨):* أعداد المرشد النفسي وتحديات القرن الحادي والعشرين ، مؤتمر الإرشاد الخامس. جامعة عين شمس.

- *عدنان الفرح (١٩٩١):* أعداد المرشد المدرسي بين الحاضر والمستقبل ، مؤتمر الإرشاد الخامس. جامعة عين شمس.

-*عدنان السبيعي(١٩٨٨):* في سيكولوجية المرضى والمعاقين ، الشركة المتحدة للطباعة والنشر. دمشق.

-*سامي جميل (١٩٩٤):* نحو حياة أفضل للصم ، المؤتمر السادس لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين ج. م. ع.

-*سيد صبحي (١٩٩٧):* الرعاية الأسرية للكفيف ، المركز النموذجي ، القاهرة.

-*سيد صبحي (١٩٩٥):* التأهيل النفسي لطفل الحضانة الكفيف ، المركز النموذجي ، القاهرة.

-*فاروق صادق (١٩٨٢):* سيكولوجية التخلف العقلي ، مطبوعات جامعة الملك سعود ، ط ٢ ، الرياض.

-*فاروق صادق (١٩٨٨):* برامج التربية الخاصة في مصر (تكون أولا تكون) ، المؤتمر الأول للطفل المصري ، ط١ ، مركز دراسات الطفولة ، عين شمس.

-*نادي عزيز وأحمد خليل (١٩٩١):* بعض المتطلبات التربوية لمدارس المكفوفين في ج. ع ، مؤتمر الطفل الرابع ، ط٢.

-*محمد أيوب (١٩٩٠):* كيف نحفظ لأطفالنا نعمة البصـــر ، المؤتمـــر الخامس للطفل المعوق.

-*عبد العزيز الشخص (١٩٨٧):* دراسة لمتطلبات إدماج المعوقين فـــي التعليم في المجتمع العربي ، رسالة الخليج العربـــي ، الرياض (٢).

-*عبد العزيز الشخص (١٩٩٤):* اتجاهات حديثة في رعاية المعوقيـــن بصريا ، مجلة الإرشاد النفسي ، ٢ (٢).

-*شاكر قنديل (١٩٩٥):* سيكولوجية الطفل الأصم ومتطلبات إرشـــاده ، مؤتمر الإرشاد النفسي الثاني ، ط١ ، عين شمس.

-*شاكر قنديل (١٩٩٦):* الاستجابات الانفعالية السلبية لأبـــاء الأطفـــال المعاقين عقليا ، ومسئولية المرشد النفسي " دراســـة تحليلية "، مؤتمر الإرشاد النفسي الثالث عين شمس .

-*شاكر قنديل (٢٠٠٠):* علم نفس الفئات الخاصة ، كلية التربية جامعـــة المنصورة (سلسلة محاضرات).

-*عادل خضر ومايسة المفتي (١٩٩٢):* إدمـــاج الأطفـــال المصـــابين بالتخلف العقلي مع الأطفال الأســـوياء فـــي بعـــض الأنشطة - المدرسية وأثره علي ذكائـــهم وســـلوكهم التكيفي ، مجلة رانم ، ك٢ ط٢ ، الأنجلو المصرية.

-*اسماعيل شرف (١٩٨٢):* تـــأهيل المعوقيـــن ، المكتـــب الجـــامعي الحديث ، الإسكندرية.

-*منجدة بيدق (١٩٩٤):* الاتجاهات الحديثة في تأهيل المعوقين وأثرهـــا في إدماج المعوقين فـــي الحيـــاة العامـــة ، بحـــوث ودورات مؤتمرات الاتحاد.

-*كوثر رزق (٢٠٠٠)* : القلق الاجتماعي عند طلاب الجامعة . دراسة تشخيصية علاجية . المؤتمر الخامس بكلية التربيـة بطنطا.

- *محمد الشيخ (٢٠٠٠)*: فعالية العلاج الواقعي فـي عـلاج بعـض المشكلات السلوكية لدي عينة من تلاميذ الحلقتيـن الأولي والثانية من التعليم الأساسي بمحافظة الفيوم. المؤتمر الخامس لكلية التربية بطنطا .

-***Mcevoy Teeodorel (1974):*** Suicidal Risk via The TAT, Psychl-abs 2. (2).

-***Winter, Willians, D &Others (1974):*** Hostitlity Themes in family TAT.J. of Projective Techniques and Personaity assessment,30 (3).

-***Morgam, G.V.(1972):*** Differntial diagnosis of schizophrenia and reactive states: Pcychol Abs. (47).

-***Freedman B. (1974):*** The sbjective experience of perceptual and cognitive disturbances in schizophrenia, Psychol Abs , (52).

-***Bradfer & Blomart (1970):*** Comparisondes Recits d'un group des gorcons et des filles du meme age, Enfance, (2).

-***Kagan & Kaufman (1954):*** A Preliminary investigation of Relationships between foncticulation Disorders and Responses to the CAT. Master's theises Boston Uni.

-Desoüse,T (1952): A Comparison of the Responses of Adjusted and malajusted children on the CAT., Unpublished master's Theises Loyola Chicago.

-Shamley D.A(1976): The personality dynamics blind and sighted adolescents.J. of behavioral science, (55).

-Rumble (1985): An examination of the psycholgical variables of Attention Deficit Behavior in children, DAI,46 (02).

-Verna, F(1980): Selective AD in learning disabled children cognitive interpretation.J. of Learning Disalilities,13 (7).

-Ozawa, P.J (1980): ADD (DSM)-III): The Diagnosis of distractibility and impulsisity in Learning disorder & normal children DAJ, 40 (10).

-Schauf , M.J.(1986): An Investigation of diagnostic Procedures for identifying ADD in childreen D.A.I.,47 (02).

-Griffith, J.J.& Mednich, S. A(1980): Verbal Associative Disturbances in childreen at high risk for schizophrenia.In J.of abnormal Psychology,89 (2).

-Rutter D.R. & Others (1978): The predictability of speech in schizophrenia patients. British J. of psychiatry, 132.

-Wilcox, P.F. (1976): A psycholinguistic analysis of schizophrenic language. Diss . Abs.Int.34 (6-B).

-Boright, L (1990): Anorexia nervosa, M.D., U.S.Ohio.

-Favaro, A et al (1998): Impulsive & compulsive self-injurious vehavior in bulimia nervosa, J Nrev Ment. Dis, 186 (3).

-Riby, E.L.(1989): The selationship between body dysmorphic disorder & depression & somatization & eating diosrders, J.Clin Psychol,54 (4).

-Karlin, J.J et al (1995): Psychological in caregivers of the chronically ill, Personality & Clinical syndom, Hosp J.,10 (3).

-Frankl, V.E.(1988): The will to meaning Foundation and applications of Logotherapy N.Y.Inc.

-Horton ,R.C.(1983): Logoanalysis as group treatment for existential vacuum and weight inobese women, P.h.D. California.

-Mussen, Paul, H.(1983): Handbook of child psychology, 4thed, IVJohn Wiley & sons.45 .A.

-Nicol & parker (1981): Play group therapy in the junior school. Method & General problems. British J. of Guidance & Counseling 9 (1).

-Barara, N. & Mourrison, Th (1974): Play therapy with institutionalized Mentally retarded children, American J of Mental Deficiency, 78(6).

-Leppaman Hyman (1962): Treatment of child with emotional comflict 2Edt.Mc Graw Hill.N.V.

-Friedman ,S(1978): Alaboratory study of RET as an attitude change process, Diss .Abs.Int 56 (L).

- ***Ellis, A. (1977):*** Rational Enotim Therapy. Researeh Data, that Supportss of clincal Personality Hyptheses of RET and Other Moder of Cogntive behvior the Therapy. The counseling Psychologist.
- ***Rogers, C.R. (1951):*** Client Centered Therapy. Boston, Mass Houghlon miffim.
- ***Mody, J.J.(1981):*** The effects of group assertive training on aggressive behavours of seventh and eights grade males, P.H.D. Uni of Microfilsms Int. U.S.A.
- ***Kinzie, J. David (1989):*** Theraputic APProaches to traumatized Cambodian Refugees, J. of Traumatic Stress. Jam 2 (1).
- ***Patterson, L. Eet al (1993):*** The Counseling Process (3 rd ed) Boston, Houghton Mifflin.
- ***Malmer, J.B of Towsend, MAR. (1990):*** The effects of training in social Prespective in socially Maladjusted Grirls, Child Development. B (1).
- ***Mullins, Larry (1,86):*** Loneliness among the Eldely, Tssues of Consedrations for Professionals, 7 (1).
- ***Alonse & Ruton (1988):*** The experience of Shame and restoration of self-respect in group therapy, J. of Group Psychotherapy.
- ***Huber, H.P. & Gramer, M (1989):*** Psychophysiological Reepatterns . in Relaxation Process, the German J. of Psychology, 14 (2).

- ***Alden, L (1989):*** short term Structured treatment for Aviodant personality disorder. J. of counseling of Clinical Psychology. 97 (6).

-***Gallup CC. (1981):*** Astudy to determine the effectiveness of social interning Program in reducing the Perceived lonelienss of social isolation, Diss. AbI. Int.

- ***Atkimson, R.L & Others (1992):*** Combination of Very – Low – Carlorie diet of Brhavior Modification of Obesty, Am J. clim Nutr, 1.

- ***Brambilla F. & Others (1995):*** Combined Cognitive – Behavioral : Therapy in eating disordess, Aorecia nervosa. Restricted type Neuropsychobiology, 32 (2).

- ***Bulik, C.M. Others (1998):*** The Role of exposure with Response Prevention in Cognitive – Behavioral therapy for bulimia nervose, Psychs. Med. 28 (3).

- ***Fahy, T.A. (1990):*** Personality disorder of Response in Bulimia Mervosa, J. of Personality, 162.

- ***Hanah, L. et al (1985):*** Time Series analysis of therapeutic Perocess and outcome, aneating disorder, U. S. Colorado.

- ***Kerm, P.A. & Others (1994):*** Combined use of behavior modification and Very – low – Calorie diet in weight loss and weight maintenance, Am. J. Med Sci 307 (9).

- ***Makers, I (1997):*** Behavior therapy for obessive – Compulsive disorder: a decade of Progress, Can J. Psychiatry 42 (10).
- ***Roongpisuthipong, C. Others (1995):*** behavior modification in the treatment of obesity, J. Med. Assoc. Thai, 78 (9).
- ***Horn, F. H. & Others (1990):*** Additive effects of behavioral parent training and Self – control therapy with ADHD children, J. Clin Child. Psychc., 19 (2).
- ***Jordy, Cf et al (1996):*** The hyperactive child and the body. J. Arq neuropsiquiatr, 54 (4).
- ***Spence, H.S. (1994):*** Cognitive therapy with children of adolescent. J. of child Psychology of Psychiatry 11 (2).
-***Williams, J. M (1992):*** The psychological of depression. London.
-***Beck. A. T. et al (1990):*** Cognitive Therapy of Personality disorders, N. Y.
-***Ellis (1980):*** Rational – emotive therapy and cognitive therapy. Cognitive therapy and research. (4).
-***Neeman, M & Dryden, W (1996):*** Trends in Rational Emotive behavior Therapy, Developments in Psychotherapy. Historical Prespective, London.
-***Walden. EL et al (1981):*** Review of some Alternative Aproaches to druge mangement of ADHD. JL. D. 14 (4).
- ***Kazdin, Ak (1994):*** Behavior modification (5 th ed) Books, Cole, Publishing Co.
-***Charles – Recorft (1968):*** A Critical dictionary of psychoanalysis, Thomas Nelson & Sons.

-***Wolpe. J.*** *(1976):* Psychotherapy by reciprocal inhibition (Im) Sohakian, (W. Ed) Psychotherapy & couneling techniques in Intervntion. Rand Mc Nally College Publishing Compeny.

-***Grow,R.J.*** ***(1991):*** Psychology, An introduction , N.Y.

الفهرس

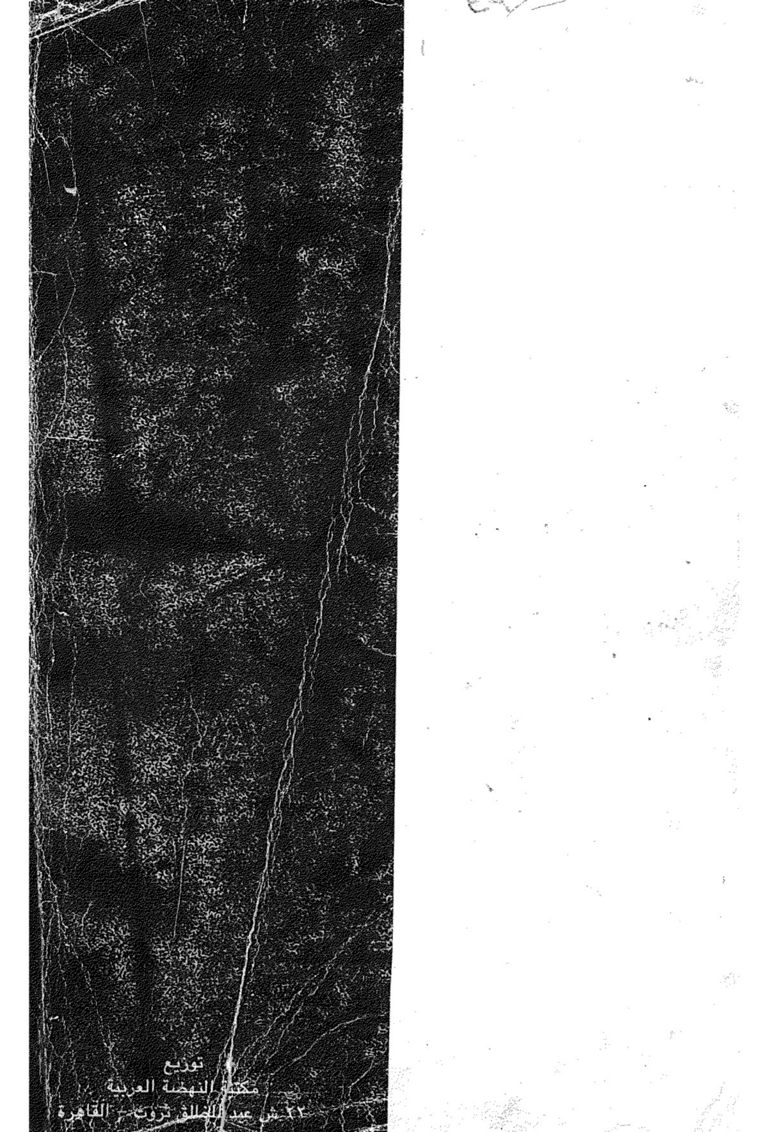
الموضـــــــوع	رقم الصفـــحة

الفصل الثـالث

الفصل الرابـع

الموضـــــــــوع	رقم الصفـــحة

الموضـــــوع	رقم الصفـــحة


توزيع
مكتبة النهضة العربية
٢٢ ش عبد الخالق ثروت - القاهرة